

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**PRIMEIRO CONTACTO COM O INTERNAMENTO EM  
PSIQUIATRIA: REACÇÕES E EXPECTATIVAS DA FAMÍLIA**

**DISSERTAÇÃO**

**Carla Sofia Andrade Loureiro**

**Porto | 2014**

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**PRIMEIRO CONTACTO COM O INTERNAMENTO EM  
PSIQUIATRIA: REACÇÕES E EXPECTATIVAS DA FAMÍLIA**

**DISSERTAÇÃO**

**Dissertação académica orientada pelo:**

**Prof. Doutor José Carlos Carvalho**

**Carla Sofia Andrade Loureiro**

**Porto | 2014**

## DEDICATÓRIA

### *Aos meus Pais...*

... pelo amor, educação, dedicação e apoio incondicional. Pais que sempre me ensinaram a nunca desistir, por muito difícil que possa ser, e contribuíram para o meu crescimento até agora e para sempre. Vocês são o meu modelo!

### *Ao Rui...*

... meu marido, meu companheiro, meu amigo, e por acreditar sempre em mim. Pelo teu amor e dedicação, pela compreensão, pela partilha dos momentos de alegria, angústia, desânimo e sucesso. Este trabalho também é teu, pela presença e apoio constantes, por estares sempre ao meu lado e por nunca me deixares desistir.

### *Ao meu Rodrigo...*

... pelo amor, sorriso, alegria e felicidade com os quais me brindas todos os dias. Obrigada filho por perceberes as minhas ausências.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos familiares e utentes pela partilha diária, em particular aos que aceitaram participar neste trabalho, para que continuem a ultrapassar o medo e o estigma da doença mental.

Agradeço ao Professor Doutor José Carlos Carvalho, pelo encorajamento constante e motivação, pela competência científica e orientação pedagógica sempre aliada a uma grande disponibilidade e paciência.

Ao Conselho de Administração do Hospital de Magalhães Lemos E.P.E.

Às minha amigas - vocês sabem quem são, pelo carinho, amizade e apoio incondicional.

À minha família por todo o apoio, compreensão e preocupação ao longo deste percurso.

Em especial ao meu marido, por toda a sua dedicação, companheirismo e por estar sempre ao meu lado nas longas maratonas junto ao computador.

A todos Muito Obrigado!

*Vou dobrar-me  
à regra nova de viver.  
Ser outro que não eu, até agora  
musicalmente agasalhado  
na voz da minha mãe, que cura doenças,  
escorado no bronze de meu pai, que afasta os raios.*

*Ou vou ser - talvez isso - apenas eu  
Unicamente eu, a revelar-me  
Na sozinha aventura em terra estranha?  
Agora me retalha  
o canivete desta descoberta:  
eu não quero ser eu, prefiro continuar  
objecto de família.*

*“Fim da Casa Paterna”  
Carlos Drummond de Andrade*

## **LISTA DE SIGLAS**

BAI - Inventário de Ansiedade de Beck  
BSI - Inventário Breve de Sintomas  
CID - Classificação Internacional de Doenças  
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
DGS - Direcção Geral de Saúde  
DSM -Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders  
EC - Comissão Europeia  
EESM - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental  
HML - Hospital Magalhães Lemos  
IGS - Índice Geral de Sintomas  
ISP - Índice de Sintomas Positivos  
PNSM - Plano Nacional de Saúde Mental  
OE - Ordem dos Enfermeiros  
OMS- Organização Mundial de Saúde  
OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde  
SII - Serviço de Intervenção Intensiva  
SMP- Saúde Mental e Psiquiatria  
SPSS- Statistical Package for Social Sciences  
TSP - Total de Sintomas Positivos  
WHO - World Health Organization

## LISTA DE ABREVIATURAS

A - Ansiedade  
C - Cognitivas  
Cit. - Citado  
Dr<sup>a</sup>. - Doutora  
Dp - Desvio Padrão  
Et al - e outros  
Ex. - exemplo  
Ex.<sup>mo</sup> - Excelentíssimo  
F - Fisiológicas  
Nº - número  
O - Outras  
P. - página  
V - Versão  
W - Comportamentais  
% - por cento

## ÍNDICE

	Página
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>19</b>
<b>1 - ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA</b>	<b>20</b>
1.1 - Evolução Histórica	21
1.2 - O Papel do Enfermeiro em Saúde Mental e Psiquiatria	23
<b>2 - SAÚDE MENTAL versus DOENÇA MENTAL</b>	<b>27</b>
2.1 - A Saúde Mental em Portugal	28
2.2 - A Realidade Institucional	32
<b>3 - A FAMÍLIA</b>	<b>34</b>
3.1 - Definição de Família	34
3.2 - A Família do Doente Mental	37
3.3 - Reacções da Família face ao Internamento em Psiquiatria	41
3.3.1 - Stress	43
3.3.2 - Ansiedade	46
<b>PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO</b>	<b>49</b>
<b>1 - METODOLOGIA DO ESTUDO</b>	<b>50</b>
1.1 - Problemática do Estudo	50
1.2 - Objectivos e Questões de Investigação	53
1.3 - Desenho do Estudo	54



1.4 - Participantes do Estudo	56
1.5 - Instrumento de Recolha de Dados	58
1.5.1 - Questionário Sociodemográfico e Clínico	59
1.5.2 - Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)	60
1.5.3 - Inventário Breve de Sintomas (BSI)	61
1.6 - Procedimento de Colheita de Dados	65
1.7 - Tratamento e Análise dos Dados	66
1.8 - Considerações Éticas	68
<b>PARTE III - ESTUDO EMPÍRICO</b>	<b>70</b>
<b>1 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS</b>	<b>71</b>
1.1 - Caracterização Sociodemográfica dos Participantes	71
1.1.1 - Doente	72
1.1.2 - Familiar	77
1.2 - Reacções dos Familiares	80
1.3 - Stress	82
1.4 - Ansiedade	90
1.5 - Sintomatologia Psicopatológica	91
1.5.1 - Somatização	93
1.5.2 - Obsessões-Compulsões	93
1.5.3 - Sensibilidade Interpessoal	94
1.5.4 - Depressão	95
1.5.5 - Ansiedade	95
1.5.6 - Hostilidade	96
1.5.7 - Ansiedade Fóbica	97
1.5.8 - Ideação Paranóide	97
1.5.9 - Psicoticismo	98
<b>2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>100</b>

<b>CONCLUSÃO</b>	<b>107</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>113</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>118</b>
<b>Anexo I - Documentos de Formalização da Candidatura</b>	
(Requerimento ao Conselho de Administração da Instituição; Formulário de Proposta de Projecto de Investigação; Autorização do Conselho de Administração e da Comissão de Ética; Pedido de Autorização ao Director do Departamento de Internamento)	<b>119</b>
<b>Anexo II - Questionário Sociodemográfico e Clínico</b>	<b>126</b>
<b>Anexo III - Consentimento de Autorização da Utilização do Inventário Breve de Sintomas</b>	<b>135</b>
<b>Anexo IV - Consentimento livre e esclarecido para estudos de investigação/Ensaio clínicos</b>	<b>137</b>

## LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS E QUADROS

	Página
<b>LISTA DE FIGURAS</b>	
FIGURA 1: N° de enfermeiros em serviços de saúde mental por país.....	30
 <b>LISTA DE GRÁFICOS</b>	
GRÁFICO 1: Número de novos processos na instituição.....	32
GRÁFICO 2: Distribuição dos doentes de acordo com o Sexo.....	72
GRÁFICO 3: Distribuição dos Familiares de acordo com o Sexo.....	77
 <b>LISTA DE QUADROS</b>	
QUADRO 1: Principais sintomas de reacção ao stress.....	45
QUADRO 2: Distribuição dos doentes por Grupos Psicopatológicos.....	76
QUADRO 3: Alterações percebidas pelos Familiares.....	80
QUADRO 4: Categorização das Reacções dos Familiares.....	83
QUADRO 5: Distribuição das Categorias das Reacções de acordo com o Diagnóstico de Admissão.....	85
QUADRO 6: Questões relacionadas com momento de admissão e intervenção de enfermagem.....	89
QUADRO 7: Opinião sobre o Momento da Admissão.....	89
QUADRO 8: Níveis de Ansiedade dos Familiares de acordo com o Sexo...	90

## LISTA DE TABELAS

	Página
TABELA 1: Distribuição da Idade dos doentes.....	73
TABELA 2: Medidas de dispersão para Idade do doente.....	73
TABELA 3: Distribuição dos Doentes de acordo com Estado Civil.....	74
TABELA 4: Situação Profissional dos Doentes.....	74
TABELA 5: Diagnóstico de Admissão dos Doentes.....	75
TABELA 6: Duração do Acompanhamento Psiquiátrico.....	77
TABELA 7: Distribuição da Idade dos Familiares.....	78
TABELA 8: Medidas de dispersão para Idade dos Familiares.....	78
TABELA 9: Distribuição dos Familiares de acordo com Estado Civil.....	79
TABELA 10: Situação Profissional dos Familiares.....	79
TABELA 11: Número de Reacções por Participante.....	81
TABELA 12: Distribuição do Número de Reacções consoante o Sexo.....	81
TABELA 13: Distribuição das Categorias das Reacções consoante o Sexo	84
TABELA 14: Correlação entre as Categorias das Reacções e os Diagnósticos de Admissão.....	87
TABELA 15: Dimensões do BSI e Valores de Consistência Interna.....	91
TABELA 16: Resultados descritivos obtidos nas Dimensões e Índices.....	92
TABELA 17: Itens da Somatização.....	93
TABELA 18: Itens das Obsessões-Compulsões.....	94
TABELA 19: Itens da Sensibilidade Interpessoal.....	94
TABELA 20: Itens da Depressão.....	95
TABELA 21: Itens da Ansiedade.....	96
TABELA 22: Itens da Hostilidade.....	96
TABELA 23: Itens da Ansiedade Fóbica.....	97
TABELA 24: Itens da Ideação Paranóide.....	98
TABELA 25: Itens do Psicoticismo.....	98

## RESUMO

Quando a família se depara com um diagnóstico médico de uma doença mental num dos seus membros, pode vivenciar uma série de sentimentos negativos, tais como: o stress, a tristeza e a culpa. A equipa de saúde através do cuidado humanizado pode ajudar a família a superar esta situação.

O primeiro contacto com a família do doente, realiza-se na maioria dos casos aquando da entrada do doente no serviço de internamento. Quando a família toma conhecimento de que o seu familiar tem uma doença mental, as suas emoções são comparáveis às que sentiria perante uma notícia de acidente ou catástrofe.

O propósito deste estudo é fruto do exercício da nossa actividade profissional num serviço de internamento de um hospital psiquiátrico de referência na região Norte, onde são admitidos os doentes provenientes do serviço de urgência de psiquiatria. Sendo a maioria das admissões “*primeiros contactos*” com o internamento de psiquiatria, sentimos a curiosidade em saber quais as reacções e expectativas dos familiares de doentes internados pela primeira vez num serviço de psiquiatria.

Apresente investigação foi realizada nos serviços de internamento de um hospital psiquiátrico, com o objectivo de:

- Conhecer as reacções dos familiares de doentes com o primeiro internamento em psiquiatria;
- Conhecer as expectativas dos familiares no primeiro contacto com o internamento de psiquiatria;
- Analisar as reacções dos familiares de doentes com o primeiro internamento em psiquiatria;
- Identificar se os familiares de doentes com o primeiro contacto com o internamento de psiquiatria, manifestam algum sintoma psicopatológico;

• Contribuir para melhorar a prestação dos cuidados de enfermagem, a doentes e familiares, no momento da admissão no primeiro internamento em psiquiatria.

Este estudo é de carácter prospectivo, caracteriza-se como exploratório-descritivo, de natureza quantitativa, com uma breve abordagem qualitativa. A população alvo é constituída por 50 indivíduos de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos e familiares de doentes com o primeiro internamento num serviço de psiquiatria. O grupo de participantes foi seleccionado de acordo com uma técnica de amostragem não probabilista-acidental.

O momento da recolha de dados englobou um questionário constituído por duas partes: a primeira incluiu as variáveis sociodemográficas e clínicas do doente e do familiar, e questões que abordam a componente das reacções e das expectativas dos familiares. Na segunda parte foram utilizados dois instrumentos de medida: Inventário de Ansiedade de Beck e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999).

Assim, o estudo permitiu constatar que as reacções expressas pelos familiares são semelhantes em ambos os sexos e não diferem consoante o diagnóstico de admissão dos doentes. As reacções mais relevantes em relação ao Stress sentido no momento da admissão num hospital psiquiátrico, estão inseridas nas categorias *Cognitivas*, *Outras* e *Fisiológicas*. A reacção Ansiedade, ficou validada em ambos os instrumentos psicométricos e demonstrou níveis mais elevados no sexo feminino; também está presente algum tipo de sintomatologia psiquiátrica nos familiares de doentes internados pela primeira vez num serviço de psiquiatria. Relativamente às expectativas dos familiares no primeiro contacto com o internamento de psiquiatria, estes esperavam uma articulação directa com os profissionais de saúde (médico e/ou enfermeiro), um atendimento rápido e personalizado, e serem disponibilizadas informações relativamente ao internamento. Consideraram *Bom* o acolhimento/atendimento no momento de admissão nesta instituição.

**Palavras-Chave:** Família; Primeiro Contacto; Reacções;  
Sintomatologia Psiquiátrica

## **ABSTRACT**

When the family is faced with a medical diagnosis of a mental illness in one of its members, may experience a range of negative feelings such as stress, sadness and guilt. A team of health through humanized care can help the family to overcome this situation.

The first contact with the patient's family, takes place in most cases when the patient entering the hospital service. When the family knows that one of there members has a mental illness, their emotions are comparable to those that feel before news of accident or catastrophe.

The purpose of this study is the result of the exercise of our professional activity in an inpatient psychiatric service of a referral hospital in the northern region, where patients are admitted from the emergency psychiatric service. As the majority of admissions "first contacts" with the internment of psychiatry, felt curiosity in knowing what the reactions and expectations of family members of patients admitted for the first time in a psychiatric ward.

Present investigation was carried out in an inpatient psychiatric hospital services, with the aim of:

- Knowing the reactions of family members of patients with a first hospitalization in psychiatry;
- Knowing the family expectations in the first contact with the inpatient psychiatry;
- Analyze the reactions of family members of patients with a first hospitalization in psychiatry;
- Identify whether the relatives of patients with the first contact with the inpatient psychiatry apparent some psychopathological symptom;
- Contribute to improve the delivery of nursing care to patients and families at the time of admission in the first hospital in psychiatry.

This study is prospective in nature, is characterized as exploratory, descriptive, quantitative nature, with a brief qualitative approach. The target population consists of 50 indivíduos of both sexes, aged over 18 years and family members of patients with a first hospitalization in a psychiatric ward. The participants were selected according to a probabilistic sampling non-accidental.

The timing of data collection included a questionnaire consisted of two parts: the first included the sociodemographic and clinical variables of the patient and the family, and issues that address the components of the reactions and expectations of family. In the second part were used two measuring instruments: Beck Anxiety Inventory and Psychopathological Symptoms Inventory (Canavarro, 1999).

The proposed objectives were achieved, since it was possible to know and analyze the reactions of family members of patients with a first hospitalization in psychiatry, identify the presence of psychopathological symptoms and meet the expectations of the family at first contact.

So the work has found that the reactions given by the family are similar in both sexes and differ depending on the admission diagnosis of patients. The most significant responses to the stress direction at the time of admission to a psychiatric hospital are inserted in the categories Cognitive, Others and Physiological. Anxiety reaction was validated in both psychometric instruments and demonstrated higher levels in females; this is also some kind of psychiatric symptoms in relatives of patients admitted for the first time in a psychiatric ward. Regarding the expectations of families at the first contact with the inpatient psychiatry, they expected a direct correlation with health professionals (physician or nurse), a fast and personalized service, and be provided information regarding admission. The host/service at the time of admission in this institution was considered Good.

**Keywords:** Family; First Contact; Reactions; Psychiatric symptomatology



## INTRODUÇÃO

*“A Doença Mental não é sinal de malogro pessoal.*

*Não acontece só aos outros.”*

(Dr<sup>a</sup>. Gro Harlem Brundtland, WHO 2002)

A consciência de que o doente é um ser biopsicossocial, membro integrante de uma família e sociedade remete-nos para a importância de um equilíbrio bi-direccional. Desde sempre tem havido a consciência de que a família é uma estrutura social importante, que tem um impacto crucial no desenvolvimento e na saúde do indivíduo. O aparecimento de patologia psiquiátrica compromete a saúde, interações interpessoais, desempenhos profissionais ou escolares do doente e, consequentemente da família (adaptado de Hanson, 2005; Bagagem, 2010; Carvalho, 2011).

Se a doença que surge num dos membros da família é do foro mental, poderá ser vivenciada pelos familiares de forma mais dramática, originando uma situação de crise que modifica a estrutura habitual e o movimento natural do ciclo de vida familiar. A sua maioria tende a adaptar-se à presença da patologia, mudando muitas vezes os hábitos, o relacionamento familiar, os comportamentos sociais e intensificam a atenção dirigida ao seu familiar (adaptado Bagagem, 2010; Wright & Leahey, 2002).

A sociedade está em permanente mudança e as tipologias familiares também, e em situações de doença, independentemente dos laços ou vínculos entre os seus membros, a família continua a ser o suporte básico no acompanhamento e continuidade dos cuidados (adaptado de Figueiredo, 2009).

A presença de sintomatologia psiquiátrica e o aumento dos comportamentos aditivos na população em geral têm vindo a crescer, de

acordo com as entidades mundiais e nacionais vocacionadas para o estudo da saúde das populações têm nos últimos anos centralizado mais a sua atenção para as questões da saúde mental e da Psiquiatria.

O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) divulgado em Junho de 2014 que: *“os efeitos mais imediatos descritos na literatura internacional de saúde pública apontam consequências no equilíbrio emocional: ansiedade, depressão, perda de autoestima, desespero até à tentativa de suicídio, entre outros que estão principalmente associadas ao desemprego ou ao medo de perder o emprego, ao endividamento e ao empobrecimento repentino. E Portugal não é exceção”* (Portugal, 2014).

*O internamento continua a consumir a maioria dos recursos (83%) (...)*” (Portugal, 2008, p.8).

Estes resultados vêm confirmar o que os profissionais de saúde sentem diariamente na sua prática clínica: a procura dos serviços de saúde mental e psiquiatria está em crescendo, e é cada vez maior o número de admissões primárias nos serviços de psiquiatria, assim como os reinternamentos.

A multiplicidade de patologias psiquiátricas torna a sua compreensão ainda mais complicada, agravada pelo facto de que as suas formas de expressão serem específicas e multifacetadas. Habitualmente as famílias detêm pouca informação relativamente às patologias psiquiátricas, e a multiplicidade de estigmas associados à doença mental vêm agravar a capacidade da família reagir perante o diagnóstico.

As alterações provocadas pela doença nas relações familiares geram conflitos, sentimentos de ansiedade e medo, angústia, cansaço físico e psicológico, insónia e stress em torno dos membros da família. A incerteza da evolução da doença, os respectivos tratamentos e o prognóstico da mesma, têm influência sobre a dinâmica familiar.

É com base nestes pressupostos que se fundamenta este trabalho, ou seja, nas reacções que os familiares têm quando um dos elementos da família é internado pela primeira vez num serviço de psiquiatria.

Este estudo de investigação surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob orientação científica do Professor Doutor José Carlos Carvalho.

A implementação da investigação foi num hospital psiquiátrico de referência da região norte do país, mais concretamente nos serviços de internamento. Esta escolha foi unânime não apenas por ser uma instituição especializada na área da saúde mental e psiquiatria, mas também por ser o local onde exercemos as nossas funções enquanto enfermeiros e pela possibilidade de assegurar o acesso à população alvo do estudo de uma forma facilitada e em tempo útil.

A realização deste estudo tem por finalidade conhecer que reacções sentem os familiares de doentes internados pela primeira vez num serviço de internamento de psiquiatria e, por outro lado, saber se esse momento considerado de tensão e stress lhes provocou alguma sintomatologia psicopatológica.

De acordo com o delineado, desenvolveu-se um estudo prospectivo, de carácter quantitativo, com uma breve abordagem qualitativa, dirigida a cinquenta familiares de doentes internados pela primeira vez em psiquiatria, e os dados foram colhidos nos serviços de internamento de um hospital psiquiátrico do Norte do país. Todos os pressupostos da Declaração de Helsínquia foram respeitados, designadamente o consentimento informado.

Desta forma, delineamos os seguintes objectivos:

- Conhecer as reacções dos familiares de doentes com o primeiro internamento em psiquiatria;
- Conhecer as expectativas dos familiares no primeiro contacto com o internamento de psiquiatria;
- Analisar as reacções dos familiares de doentes com o primeiro internamento em psiquiatria;
- Identificar se os familiares de doentes com o primeiro contacto com o internamento de psiquiatria, manifestam algum tipo de sintomas psicopatológicos;
- Contribuir para melhorar a prestação dos cuidados de enfermagem, a doentes e familiares, no momento da admissão no primeiro internamento em psiquiatria.

Apresentamos o trabalho em três partes distintas, mas que se interligam e complementam.

Numa primeira parte, designada de enquadramento teórico, explanamos de forma breve a enfermagem de saúde mental, a saúde mental-doença mental, e num terceiro item uma abordagem ligeira à família e à intervenção do enfermeiro perante a família e o doente mental e psiquiátrico; também serão clarificados os conceitos abordados ao longo do trabalho.

O enquadramento metodológico compõe a segunda parte deste estudo, na qual apresentamos os objectivos do estudo, a metodologia utilizada e respectivas considerações éticas.

Na terceira parte, de carácter empírico, procedemos à apresentação, análise e discussão dos resultados.

As conclusões e reflexões que se julgaram pertinentes, as limitações ao desenvolvimento da investigação e a bibliografia de suporte ao estudo, rematam este trabalho de investigação, que depois é complementado com os respectivos anexos.

Cientes que nos iremos deparar com algumas dificuldades e, independentemente dos resultados, consideramos que o enriquecimento pessoal e profissional serão o pilar motivador na elaboração deste trabalho, esperando contribuir para o desenvolvimento da praxis em Saúde mental e Psiquiatria.

Por vontade do investigador principal, o texto não segue as regras do novo acordo ortográfico.

## I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

*“ O trabalho empírico só pode ter valor se  
a reflexão teórica que o funda também o tiver.”*

(QUIVY; CAMPENHOUDT, 2005)

## **1 -ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

A enfermagem nos seus primórdios remete-se ao meio familiar, pelo que a família detém um papel significativo na história da enfermagem, embora só há pouco tempo este tenha sido reconhecido. Com a transição da prática de enfermagem das residências para os hospitais, durante a Segunda Guerra Mundial, as famílias foram excluídas não apenas do cuidado a membros doentes, mas também de eventos familiares importantes, como o nascimento e a morte. Desde Nightingale que os familiares dos doentes têm sido envolvidos pelos enfermeiros no cuidado dos doentes, contudo os familiares de doentes mentais, só há pouco tempo são considerados essenciais na recuperação da saúde do doente e, não parte do problema. Para tal, foi necessário sensibilizar os enfermeiros para a perspectiva dos familiares (adaptado Wright & Leahey, 2002; Sequeira, 2006; Neeb, 1997).

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria tem uma longa história de trabalho com a família, no entanto a sua intervenção tem evoluído ao longo dos anos; inicialmente a responsabilidade do cuidar recaía sobre a família, na sua ausência, os doentes mentais eram sustentados pela caridade dos vizinhos e da comunidade (Wright & Leahey, 2002; Sequeira, 2006).

A partir do século XIX, surgem instituições com cuidados voltados para os doentes mentais; neste período os “loucos” são retirados da estimulação do ambiente familiar e colocados em instituições que tinham rotinas ordenadas e estruturadas. Mas dada a escassez de ferramentas terapêuticas para entender e tratar a doença mental, muitas vezes estes doentes permaneciam por tempo indefinido em internamento, com consequências debilitantes e irreversíveis resultantes da institucionalização (Sequeira,

2006). Até meados do século XX, manteve-se a institucionalização dos doentes mentais e o afastamento das famílias do processo de recuperação. O papel do enfermeiro restringia-se a vigiar e fazer companhia aos doentes.

Na segunda metade do século XX, com a utilização dos psicofármacos para controle de sintomas da psicose (que até então mantinha os doentes alheados da realidade), os enfermeiros começaram a implementar a relação terapêutica, a desenvolver estudos de investigação e a caminhar para o actual objectivo da Saúde Mental e Psiquiatria, que é a (re)integração do indivíduo com sintomatologia/patologia psiquiátrica na família e na comunidade.

## **1.1- Evolução Histórica**

Os enfermeiros cuidam de pessoas, mas este processo ao longo dos anos nem sempre foi tranquilo. Durante séculos a enfermagem não existiu como conceito ou como profissão estruturada e teve vários significados atribuídos. Os pioneiros na profissão de enfermagem foram as mulheres, mesmo numa época em que estas não eram politicamente activas, foram elas que prestaram assistência durante os períodos de guerra, que ajudaram mulheres a “*dar à luz*” e a cuidar dos seus filhos (Neeb, 1997).

Na história da enfermagem é de destacar o contributo de Florence Nightingale (1820-1910), considerada a fundadora da enfermagem. Contra os ideais familiares, percebeu que queria ser enfermeira e trabalhou arduamente para aprender a arte e a ciência da enfermagem, iniciando-se na guerra da Crimeia. Criou um primeiro programa de ensino de enfermagem em 1860, com o objectivo de preparar enfermeiras para trabalhar nos hospitais e para ensinar. Foi das primeiras pessoas a atribuir importância aos cuidados prestados sob um ponto de vista psicológico e social, para além do fisiológico (Neeb, 1997).

De entre várias seguidoras, Dorothea Dix, foi uma educadora (não era enfermeira) que teve como principal preocupação cuidar dos criminosos e doentes mentais, e é de salientar Linda Richards (1841-1930) que promoveu a importância dos cuidados aos doentes psiquiátricos, tendo em 1880

fundado a primeira escola de enfermagem no campo da Saúde Mental e Psiquiatria, tornando-se conhecida como a primeira enfermeira psiquiátrica americana. Em 1937, a National League for Nursing recomendou que se incluísse esta especialidade nos planos de estudos das escolas de enfermagem e em 1955 a enfermagem de Saúde Mental tornou-se um requisito para o exercício de todos os enfermeiros (Neeb, 1997; Townsend, 2011).

Hildegard Peplau, defendeu uma enfermagem multifacetada e com o seu livro “Relações interpessoais em enfermagem” (1958) proporcionou um marco importante para a prática de enfermagem psiquiátrica, ressaltando a natureza interpessoal, a importância da educação para a saúde e os princípios psicodinâmicos da saúde física e mental. O primeiro curso de enfermagem destinado à formação de enfermeiras especialista em psiquiatria foi desenvolvido por Peplau em 1954 (Neeb, 1997).

Em Portugal, e em paralelo com o resto do mundo, a enfermagem psiquiátrica esteve também condicionada pelo contexto sócio-político-económico. Os primeiros registos de assistência específica aos doentes mentais em Portugal, surgem a partir dos meados do século XVI, destacando-se ao longo da história o Hospital Real de Todos-os-Santos, e o primeiro hospital psiquiátrico - Hospital de Rilhafoles, inaugurado em 1850 com capacidade para 300 doentes (Ferreira et al, 2006).

Até meados do século XIX, a assistência era prestada maioritariamente por elementos das ordens religiosas, sendo criada em 1881 a primeira escola de Enfermagem nos Hospitais da Universidade de Coimbra, e em 1886 e 1887 respectivamente em Lisboa e no Porto (Sequeira, 2006). No país procedeu-se à abertura de mais dois centros: o Hospital de Conde Ferreira (em 1882 no Porto) e o Hospital Sobral Cid (Lisboa).

Ao longo do tempo a assistência aos doentes mentais foi-se dispersando para outras instituições de saúde, e em 1911 é publicado um decreto do Ministério do Interior que vem autorizar a “*criação de novos manicómios e colónias agrícolas para alienados e regular os respectivos serviços*” (cit. Ferreira et al, 2006).

De acordo com Sequeira (2006, p.29), em 1945 foi elaborada em Portugal a Lei 2006 que permitiu um novo impulso à assistência psiquiátrica com: a abertura dos hospitais psiquiátricos, a vinda de enfermeiros suíços



para Portugal (percursores da formação de enfermeiros psiquiátricos) e a abertura de três Escolas de Enfermagem Psiquiátrica (Hospital Júlio de Matos, Hospital Sobral Cid e Hospital de Conde Ferreira).

Em 1952 surgiram os cursos de especialização, tendo a psiquiatria enquanto disciplina sido apenas introduzida em 1965. Mas só em 1968 é que foi criada a Escola Psiquiátrica de Lisboa, ministrando os cursos de enfermagem psiquiátrica e o curso de auxiliares de enfermagem psiquiátrica. Em 1978 iniciou-se o Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e em 1992 iniciaram-se os Estudos Superiores Especializados em Enfermagem” (Ferreira et al, 2006).

Após quase uma década de interregno de formação de enfermeiros especialistas, iniciou-se em 2006 uma nova fase, com abertura até aos dias de hoje dos Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, assim como os Mestrados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Esta possibilidade de enriquecermos e melhorarmos os cuidados na Saúde Mental e Psiquiatria, através da especialização e da investigação, são na nossa opinião “o caminho do futuro” porque de acordo com o Plano Nacional de Saúde Mental (2008, p.5) *“Os estudos epidemiológicos mais recentes demonstram que as perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades actuais.”*(...) *“Das 10 principais causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas.”*

## **1.2 - O Papel do Enfermeiro em Saúde Mental e Psiquiatria**

O papel do enfermeiro em serviços de saúde mental é o de *“agente terapêutico, cujo objectivo fundamental é auxiliar o paciente a aceitar a si próprio e a melhorar as suas relações pessoais.”* (Oliveira, 2002)

A enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria é, segundo a Associação Americana de Enfermagem, uma área especializada da enfermagem que

utiliza como método científico as teorias de conduta humana cujo objectivo é o bem-estar do indivíduo. As suas funções principais são prevenir e corrigir os desequilíbrios mentais e as suas consequências, promover a saúde mental na sociedade, na comunidade e nos indivíduos que nela vivem.

Actualmente o enfermeiro está em permanente inter e intra-relação na equipe de saúde, com funções técnicas, humanas e sociais, exercendo a sua actuação orientada no processo de enfermagem. O processo de enfermagem é utilizado em todas as áreas e níveis de desempenho de enfermagem, permite pensar sobre os cuidados, organizá-los, executá-los e avaliá-los de forma sistemática e universal. Os enfermeiros utilizam o processo de enfermagem para proporcionar cuidados directos ao doente e à sua família.

O papel do enfermeiro em saúde mental e psiquiatria foi evoluindo e foi-se especializando, abrangendo a promoção da saúde mental e a prevenção da doença mental da população nos seus diversos contextos e settings. A necessidade de intervir especificamente e mais aprofundadamente nas diversas áreas da saúde, conduziu os enfermeiros no caminho do conhecimento, levando-os a diferenciarem-se em competências específicas, que foram sendo regulamentadas ao longo dos últimos anos.

Os enfermeiros sempre se preocuparam em discutir e reflectir no seio da classe as competências inerentes aos seus cuidados, nesse sentido e em concordância com os Colégios de Especialidade, a Ordem dos Enfermeiros (OE) estabeleceu no âmbito das suas competências legais no Diário da República, os regulamentos de competências comuns e específicas dos enfermeiros especialistas.

O Regulamento nº122/2011 - “Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista” publicado em Diário da República (p.8649), define:

*“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num*

*conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.”*

No âmbito da Saúde Mental e Psiquiatria, estão definidas no Regulamento nº129/2011 - “Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EESM)”, as competências específicas desta área, assim como o seu foco de atenção: *“na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental (p.8669)”*. A especificidade e distinção da especialidade de enfermagem de saúde mental baseia-se nas *“competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao EESM desenvolver um juízo singular”*.

Relativamente à assistência às pessoas com doença mental, o mesmo documento refere que: *“as intervenções do EESM visam contribuir para adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (...), tendo como objectivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família.”*

O artigo 4º, descreve de um modo mais específico as competências específicas do EESM, que passamos a citar textualmente:

*1-As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental são as seguintes:*

- a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;*
- b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental;*
- c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias da cada contexto;*
- d) Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.*

*2-Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).*

Depois de reconhecidas as competências do EESM, os enfermeiros especialistas podem, para além dos cuidados gerais, executar cuidados de enfermagem especializados na área clínica a que estão habilitados.

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental desempenha um papel fundamental na promoção e protecção da saúde mental e na prevenção da doença mental, intervindo em diversos contextos, formais e informais, mobilizando as suas competências e habilidades para a obtenção de ganhos em saúde para os cidadãos (sejam estes doentes ou familiares), nomeadamente a diminuição do sofrimento e da incapacidade associados às perturbações mentais.

Apesar do âmbito deste trabalho estar vocacionado para a família e o seu primeiro contacto com o internamento de psiquiatria, consideramos que o papel do EESM inicia-se no momento da admissão na instituição hospitalar, que na maioria das situações é um momento de crise; sendo este o profissional de referência que a família procura quando pretende informações e esclarecimentos sobre o estado de saúde do seu familiar doente.

## 2 - SAÚDE MENTAL versus DOENÇA MENTAL

Não há saúde sem saúde mental!

A saúde mental permite que os indivíduos sintam realização intelectual, emocional, educacional e social; contribui para que nas sociedades a solidariedade, a justiça social e a prosperidade sejam uma constante; em contrapartida com a doença mental, que impõe múltiplos custos, perdas e sobrecargas aos indivíduos e aos sistemas sociais.

A WHO (2002, p.32) define saúde mental como o *“estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere”*.

Podemos então considerar a Saúde Mental como a capacidade para ser flexível, para ter sucesso, para estabelecer relações, para resolver problemas e para lidar com o stress do dia-a-dia, traduzindo-se num estado de bem-estar associado com felicidade, contentamento, satisfação, conquista, optimismo e esperança, de acordo com a individualidade de cada um.

É a capacidade que as pessoas têm para enfrentar com criatividade os problemas que surgem ao longo da vida, usando recursos internos que já dispõem e construindo outros de acordo com as pessoas e as circunstâncias. A saúde mental caracteriza-se não apenas pela ausência de doença, mas principalmente pela qualidade de vida.

A doença mental surge quando algum destes critérios está alterado e o indivíduo não é capaz de o resolver, necessitando de recorrer aos cuidados de saúde.

A doença mental engloba a alteração da capacidade de pensar, de sentir, de fazer juízos críticos, de lidar com a realidade e de estabelecer

relações interpessoais. Pode manifestar-se em níveis de gravidade diferentes, gerando uma maior ou menor alteração na relação da pessoa consigo própria, no desenvolvimento das suas capacidades e na relação com os seus pares e meio envolvente.

O continuum saúde-doença altera-se de dia para dia, devido às situações de stress e à alteração do equilíbrio emocional, e muitas vezes o indivíduo não reconhece este “desequilíbrio” necessitando de ajuda externa, quer seja da família e/ou dos profissionais de saúde.

A doença mental inclui perturbações e desequilíbrios mentais, comportamentos disfuncionais associados à angústia, sintomas e doenças mentais diagnosticáveis. Actualmente o instrumento de classificação de diagnósticos mais utilizado para a doença mental é o DSM-IV.

## **2.1 - A Saúde Mental em Portugal**

Em 2013, a Direcção Geral de Saúde (DGS) publicou a primeira edição do “Portugal - Saúde Mental em números - 2013” que foi um aporte bibliográfico (para além de outros) na elaboração do relatório do OPSS.

*“Na Europa, os problemas de saúde mental respondem por cerca de 26,6% da carga total de problemas de saúde, sendo o suicídio um das 10 principais causas de morte prematura” (Portugal, 2013, p.5).*

*“Finalmente, sabe-se hoje que os custos diretos e indiretos associados às perturbações psiquiátricas ou mentais, decorrentes das despesas assistenciais e da diminuição da produtividade (ex., desemprego, absentismo, baixas por doença, apoio a familiar doente), têm um enorme impacto económico nos orçamentos públicos, podendo atingir cerca de 20% de todos os custos da saúde. Este facto, por si só, ilustra de forma inequívoca a relevância que as políticas de saúde mental não podem deixar de assumir no contexto das políticas gerais de saúde dos países, em termos nacionais” (Portugal, 2013, p.7).*

Segundo o Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) divulgado em Junho de 2014, “os efeitos mais imediatos descritos na literatura internacional de saúde pública apontam

*consequências no equilíbrio emocional: ansiedade, depressão, perda de autoestima, desespero até à tentativa de suicídio, entre outros que estão principalmente associadas ao desemprego ou ao medo de perder o emprego, ao endividamento e ao empobrecimento repentino. E Portugal não é exceção” (Portugal, 2014).*

O mesmo documento refere que: *“A evidência tem vindo a demonstrar que em tempo de crise económico-financeira se verifica um efeito potencialmente negativo sobre a saúde e , em particular, sobre a saúde mental” (Portugal, 2014, p.36).*

Os autores deste relatório justificam que a saúde mental foi objecto de análise, porque é a dimensão que tradicionalmente menos atenção detém das políticas de saúde. Destacam ainda que a desorganização dos serviços de saúde condicionam a capacidade de resposta, principalmente numa altura em que há cada vez mais situações de perturbações psiquiátricas.

*“Uma das dimensões de saúde mais vulnerável às situações de crise é a saúde mental” (Portugal, 2014, p.36).*

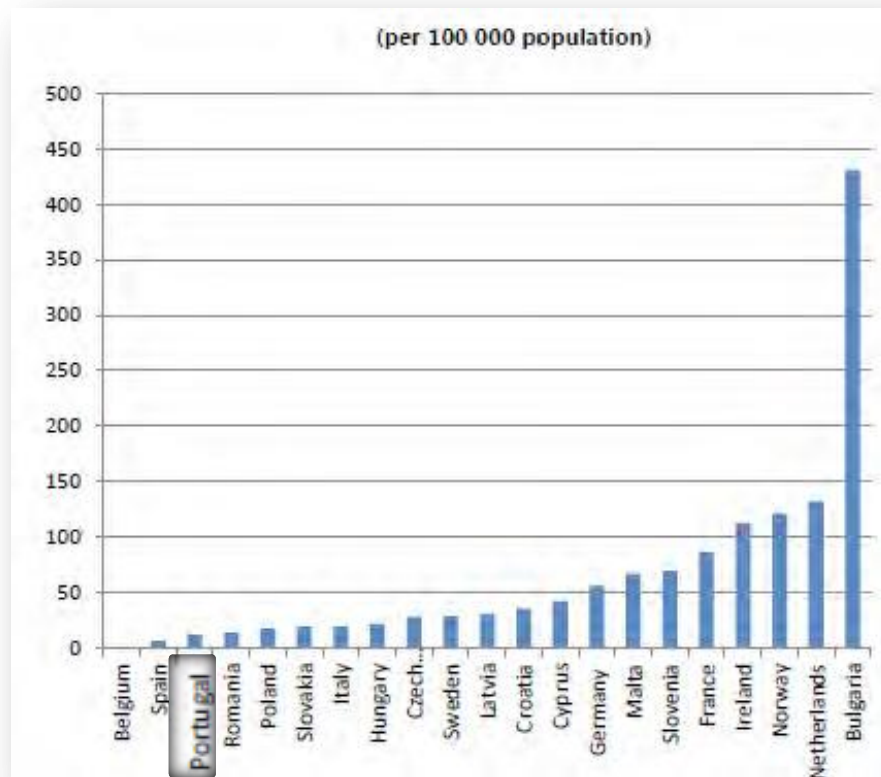
Relativamente aos indicadores de saúde mental, o OPSS destaca a prevalência anual de perturbações psiquiátricas, com Portugal a registar uma taxa de 22,9% no *Mental Health Survey Initiative* de 2013, que compara dados relativos a 34 países (dos cinco continentes); assim Portugal situa-se em terceiro lugar após os Estados Unidos e a Irlanda, respectivamente.

*“Ao nível das perturbações de ansiedade (16,5%) e do controlo dos impulsos (3,5%), Portugal apresenta a prevalência mais elevada da Europa, depois da Irlanda do Norte (23,1); já quanto às perturbações do humor (em que domina a depressão major, com 6,8%), figuramos em 3º lugar com 7,9%, antecidos pela França (8,5) e a Irlanda do Norte (9,6)”, refere o documento (Portugal, 2014, p.37).*

Um problema a que se acresce a carência de profissionais especializados, nomeadamente os enfermeiros, em que o rácio português fica muito aquém da média europeia. O relatório da Comissão Europeia divulgado em 2013, refere que em *“2011, no número de enfermeiros a trabalhar no setor da saúde mental, apesar de não existirem dados em 8 dos países em análise, a Bulgária apresenta um número extremamente*

*elevado de 431,0 enfermeiros por 100.000 habitantes. Portugal apresenta 12,1, revelando um dos rácios mais baixos dos países analisados” (Portugal, 2014,p.46); sendo apenas ultrapassado pela Bélgica e Espanha, como podemos verificar na figura.*

Figura 1 - Nº de enfermeiros em serviços de saúde mental por país



Fonte: Relatório OPSS, 2014 (segundo EC; EuroPoPP, 2013)

Apesar das discrepâncias em termos orçamentais, principalmente na área da saúde mental, a verdade é que nos últimos anos as políticas de saúde europeias e mundiais têm-se centrado e preocupado com a saúde mental. Exemplo disso são o Plano de Saúde Mental (2007-2016) divulgado para Portugal em 2008, e o *Mental Health Action Plan 2013-2020* (WHO, 2013), que assentam em pontos fundamentais, tais como: “*sistemas de saúde mental compreensivos, integrados e eficientes*”; “*força de trabalho competente e efetiva*” na mesma área; e um “*financiamento justo e adequado para a saúde mental.*”

“*Os distúrbios de saúde mental custam milhares de milhões às economias nacionais em termos da despesa e da perda de produtividade.*



*Os custos humanos e económicos também recaem sobre as pessoas com problemas de saúde mental e as suas famílias, cujas vidas poderão ser severamente afetadas”, relata o relatório do OPSS (Portugal, 2014, p.47).*

*“Portugal continua a ter hospitais de longa duração com os quais gasta cerca de 45% do orçamento da saúde mental (...) não possui um orçamento específico para a saúde mental, existindo apenas dados sobre os custos dos serviços de saúde mental”, segundo o mesmo relatório do OPSS (Portugal, 2014, p.49).*

Com a consulta deste mesmo documento, é ainda possível estabelecer um paralelismo entre os estilos de vida menos saudáveis e a degradação das condições mentais, traduzindo-se este facto pelo aumento do consumo de bebidas alcoólicas nos adolescentes e também um aumento em relação ao consumo de cannabis. Verificaram-se ainda subidas nas taxas de prevalência de crimes contra outras pessoas (homicídios, violações e ofensas à integridade física).

*“Diversos estudos têm evidenciado que os períodos de crise económica e social estão associados ao agravamento do potencial de saúde das populações, nomeadamente ao nível da saúde mental, pelo que a monitorização do consumo de psicofármacos pode constituir um importante instrumento na avaliação do impacto da crise na saúde dos portugueses” (Portugal, 2014, p.73).*

Verifica-se que os medicamentos psicotrópicos começam a ser muito procurados; a terapêutica ansiolítica, sedativa e hipnótica teve um crescimento de 16% de 2012 para 2013 (tendo já um acentuado crescimento desde 2010). Relativamente aos antidepressivos, no território de Portugal Continental, verificou-se um aumento de 18% de 2012 para 2013.

A consulta destes documentos só veio confirmar o que os profissionais da área da saúde sentem na sua vivência diária; a procura dos serviços de saúde mental e psiquiatria é cada vez maior sendo paralelamente crescente o número de (re)internamentos e “primeiros contactos” com a psiquiatria.

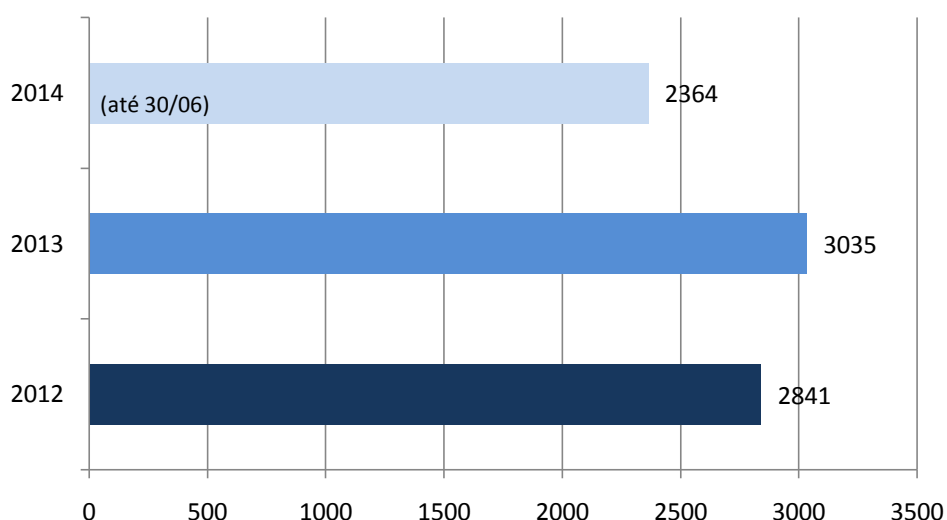
*O internamento continua a consumir a maioria dos recursos (83%), quando toda a evidência científica mostra que as intervenções na comunidade, mais próximas das pessoas, são as mais efectivas e as que colhem a preferência dos utentes e das famílias” (Portugal, 2008, p.8).*

## 2.2 - A Realidade Institucional

A evidência da nossa prática, reflecte e vai de encontro ao que foi relatado e transcrito anteriormente. A procura pelos serviços de saúde mental e psiquiatria está em crescendo, provavelmente fruto da conjuntura actual que vivemos, e esta realidade é também verificada na instituição onde foram colhidos os dados. Sendo um hospital psiquiátrico de referência do Norte e que dá apoio a uma urgência metropolitana de psiquiatria, o número de novos processos também tem aumentado.

São considerados novos processos todos os utentes admitidos pela primeira vez pelo serviço de Consulta Externa ou pelo Serviço de Intervenção Intensiva, nesta instituição. Estes dados foram recolhidos do aplicativo SONHO. O gráfico que se segue retrata esse crescimento.

**Gráfico 1- Número de novos processos na instituição**



De acordo com gráfico, o número de primeiros contactos na instituição tem aumentado nos últimos três anos, e o primeiro semestre de 2014 (compreendido entre 01 de Janeiro e 30 de Junho) já apresenta o número de admissões quase equivalentes a todo o ano de 2012.

Este crescimento no número de admissões, na nossa perspectiva pode ser justificado pelo conjunto de factores sócio-económicos que estão a afectar os portugueses, em especial na região Norte, e que os estão a

conduzir à doença mental; à grande área geográfica que esta instituição abrange no que diz respeito ao apoio ao internamento em saúde mental e psiquiatria e de retaguarda de outros departamentos de saúde mental. A instituição apoia directamente 430 mil habitantes, e indirectamente mais de 600 mil habitantes. A demora média de internamento é de aproximadamente 15 a 20 dias.

### **3 - A FAMÍLIA**

*“As famílias afectam a saúde dos seus membros, e os acontecimentos e práticas de saúde de cada indivíduo afectam toda a família.”*

(Doherty, 1985).

Dorothea Orem, uma das primeiras teóricas de enfermagem (Teoria do Autocuidado, 1959-1991), sugeriu que as pessoas recebessem cuidados de saúde, não só na qualidade de indivíduos, mas também como membros de uma unidade multipessoal - a família.

A família é, sem dúvida, a primeira unidade social onde o indivíduo se insere e a primeira instituição que contribui para o seu desenvolvimento e socialização, assim como para a formação da sua personalidade. É através da família que cada geração assume, em graus diversos mas sempre importantes, a sua responsabilidade para com os seus membros.

#### **3.1 - Definição de Família**

O conceito de família tem evoluído ao longo dos tempos, esta mudança é sentida a nível estrutural, nas funções dos elementos que a compõem, assim como nas funções enquanto sistema. Cada indivíduo tem a sua imagem de família.

Em Hanson (2005), considera-se a seguinte diversidade de tipos de família e respectiva composição:

- Díade nuclear - casal casado, sem filhos

- Nuclear - marido, mulher, filhos (podem ou não ser legalmente casados)
- Binuclear - duas famílias pós-divorciadas com filhos de ambas
- Alargada - família nuclear e ainda parentes de sangue
- Reconstituída - marido, mulher e filhos de relações anteriores
- Monoparental - um pai e filho(s)
- Comuna - grupos de homens, mulheres e filhos
- Coabitação (parceiros domésticos) - homens e mulheres solteiros partilhando casa
- Homossexual - casal do mesmo sexo
- Pessoa celibatária (adulto) - uma pessoa numa casa

Segundo Carvalho (2011), as transformações na sociedade portuguesa, implicaram mudanças significativas na organização e estrutura familiar, apresentando novas formas de famílias e de agregados, com um aumento da diversidade e das interacções conjugais.

O conceito de família foi evoluindo da consanguinidade/casamento até à representação das mudanças sociais.

Perguntamos então, o que é uma família?

A família representa um grupo de pessoas unidas com vista a alcançarem o objectivo comum de crescimento e desenvolvimento dos seus membros. Este objectivo consegue-se graças à concretização de um conjunto de funções como: a manutenção física, protecção, promoção da educação e socialização, a recreação, transmissão da herança cultural, assegurar o *status* social e garantir o afecto (Taylor, 1992).

A OMS (1994), refere que: *“O conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adopção. Qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum, deve ser encarado como uma família”*.

Wright e Leahey (2002, p.67), relativamente ao papel do enfermeiro quanto a este propósito, referem: *“É preciso que as enfermeiras encontrem uma definição de família que ultrapasse as limitações tradicionais de membro restrito, utilizando critérios de consanguinidade, adopção e matrimónio, (...), a família é quem os seus membros dizem que são”*.

Segundo Martins (2002), *“a família é sem dúvida, a primeira unidade social onde o indivíduo se insere e a primeira instituição que contribui*

*para o seu desenvolvimento e socialização, bem como para a formação da sua personalidade. É através da família que cada geração assume em graus diversos, mas sempre importantes, a sua responsabilidade para com os seus membros”.*

Para Hanson (2005), *“família refere-se a dois ou mais indivíduos, que dependem uns dos outros para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são auto-definidos.”*

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, família é um foco de atenção de grupo com as seguintes características específicas: *“Unidade social ou todo colectivo, composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes”* (CIPE-Versão 2, 2011, p.115).

Figueiredo (2009), caracteriza-a essencialmente pelas inter-relações estabelecidas entre os seus membros, num contexto específico de organização, estrutura e funcionalidade. Incorpora uma organização complexa, inserida num contexto social mais amplo, que tem uma história e cria história, numa rede múltipla de relações de intercontextualidade (Figueiredo, 2009 citado por Carvalho, 2011).

A família pode ser encarada como um sistema, porque é constituída por objectos, atributos e relações que contém vários subsistemas, todos eles ligados de forma hierárquica e organizada com limites/fronteiras que a diferenciam do seu meio, (...) o comportamento de cada um dos membros é indissociável do comportamento dos restantes e aquilo que lhe acontece, afecta a família no seu conjunto (Alarcão, 2002).

Em sintonia com Carvalho (2011) e enquanto membros de diferentes famílias consideramos como funções da família: ser geradora de afectos; proporcionar segurança, aceitação pessoal, satisfação; assegurar a continuidade das relações; proteger a saúde dos seus membros; veicular a transmissão da cultura e proporcionar estabilidade e socialização, entre muitas outras.

Estamos assim cada vez mais longe da definição meramente biológica e verificamos também que se formam definições diferentes consoante “os olhos com que é vista”. No entanto, a necessidade em clarificar o conceito de família, manifestada por diversos autores, traduzida pelas suas

reformulações ao longo dos tempos, pretende sobretudo compreender a família, mais do que propriamente defini-la.

Na sociedade actual e no nosso dia-a-dia de profissionais que abordamos os doentes no contexto da família em que se inserem, vamo-nos confrontando com uma crescente variedade de estilos de vida familiar. Por isso mesmo pensamos que a definição de família deve ser suficientemente abrangente de modo a reflectir não só a sua variabilidade quanto à estrutura, mas também a sua função, a evolução através do tempo (ciclo de vida) e o grau de abordagem pelo técnico de saúde.

*“Uma vez que permanece como primeiro e principal suporte afectivo, pedagógico e social de todos os indivíduos, a família como instituição não desaparecerá, independentemente de todas as transformações registadas e, de todas aquelas que sofrerá no futuro” (Martins, 2002).*

### **3.2 - A Família do Doente Mental**

A sociedade, ao longo da sua história, sempre isolou os doentes mentais. Em consequência disso, têm ficado fora do alcance dos olhos das pessoas, ou seja fora da convivência com os “sadios”. Este isolamento, que se caracteriza como uma forma de tratamento, concretiza-se através de longos internamentos, o que acarreta a quebra do vínculo familiar. Esta forma de tratamento começa a ser questionada, porque os resultados alcançados, não são satisfatórios, uma vez que o doente mental continua com os mesmos sintomas da doença, distante dos seus familiares e isolado do convívio social.

Esta temática está em voga e passam a ser discutidas: a desinstitucionalização do doente mental; a mobilização dos profissionais de saúde mental, utentes e familiares; a mudança no pensar e no exercício profissional na área da Saúde Mental, bem como os modelos de assistência em psiquiatria.

*“Os familiares de pessoas com perturbações mentais devem ser considerados como parceiros importantes na prestação de cuidados,*

*estimulados a participar nesta prestação e a receber o treino e a educação necessários” (Portugal, 2008, p.11).*

As famílias apresentam dificuldades na convivência com o doente mental. No início do séc. XXI vivem-se momentos de tensão, sofrimento, stress e outros, que se traduzem como sobrecarga no dia-a-dia das pessoas, principalmente aquelas que possuem um doente crónico na sua família. Esta sobrecarga imposta sobre a família na convivência com o doente mental ocorre a quatro níveis: emocionais, rotinas familiares, física e financeira. Até as famílias funcionais podem ter dificuldade em lidar com situações de stress e de desgaste provocadas pela doença de um dos elementos.

A questão do relacionamento familiar tem relevância quando percebemos na prática que o doente muitas vezes força a família a realizar algo em seu favor, chegando muitas vezes a usar de violência física e psicológica, e o familiar fica sem saber como actuar perante manifestações de auto e hetero-agressividade, alterações da percepção e do pensamento, períodos de confusão, comportamentos autolíticos, ameaças físicas e emocionais, entre outros.

As alterações provocadas por uma doença, podem gerar nas relações familiares sentimentos de medo, angústia, cansaço físico e psicológico, conflitos e stress em torno dos membros da família. Quando a família tem conhecimento de que o seu familiar tem uma doença mental, as suas emoções são comparáveis às que sentiria perante uma notícia de acidente ou catástrofe.

A família habitualmente detém pouca informação, salvo algumas excepções, como na cronicidade da doença e multiplicidade de internamentos, em que os familiares já têm informação que foram adquirindo ao longo da evolução da doença. Assim, esta é uma das necessidades familiares mais proeminentes, a satisfazer, agravada ainda pela multiplicidade de estigmas associados ao doente mental.

Num primeiro contacto com o internamento em psiquiatria, a família “sente-se perdida” e assoberbada pela ambiguidade de sentimentos e emoções que vivencia nesse momento, e apesar de ser uma área pouco trabalhada pelos profissionais de enfermagem, na nossa opinião é primordial o investimento na mesma. A multiplicidade de patologias



psiquiátricas torna a sua compreensão ainda mais complicada, agravada pelo facto de que as suas formas de expressão serem específicas e multifacetadas.

No momento da admissão num internamento de psiquiatria pela primeira vez, a informação dada ao doente (se possível) e familiares deve ser personalizada e não deve ser descurado o sigilo profissional, que por vezes choca com as necessidades inerentes ao tratamento.

Numa situação de crise (quer seja ou não uma primeira vez), o suporte emocional passa pela aceitação da família independentemente do relacionamento com o doente, pelo demonstrar de empatia e preocupação com o seu bem-estar. Devemos desde logo, potenciar a família para se adaptar à nova realidade, transmitindo-lhes segurança e informações que na generalidade, podem englobar os seguintes aspectos:

- não se devem sentir culpados;
- é normal o sentimento de impotência e por vezes de revolta;
- é importante perceberem que não podem curar a doença;
- aceitar a doença mental é tão difícil para o doente, como é para a família;
- é normal que após uma fase de negação, de tristeza e/ou raiva, surjam sentimentos de compreensão e aceitação;
- não devem sentir vergonha pelo familiar padecer de uma doença mental (o estigma e o preconceito são normais, e são sinal de medo e de ignorância);
- deve compreender que o doente pode ter comportamentos “desadequados e estranhos” e que estes resultam da doença;
- é importante saber que a sintomatologia pode variar ao longo do tempo, e que por vezes persiste;
- devem reconhecer a coragem do doente em querer lidar com a doença;
- não desvalorizar os riscos de potencial agressividade;
- devem cuidar de si próprios, para poder cuidar do seu familiar;
- devem partilhar as responsabilidades no processo terapêutico do doente;
- devem ter consciência de que não são profissionais, mas sim assumirem os respectivos papéis familiares;

- não têm necessidade de se sentirem sozinhos; partilharem sentimentos, preocupações e dúvidas com os profissionais de saúde e em grupos de ajuda pode ser benéfico (adaptado de Townsend, 2011; Isaacs, 1998; Wright & Leahey, 2002; Amaral, 2010; Basteiro et al, 2003).

A situação de doença pode despoletar uma crise na família, quando esta não está preparada para ela. A incapacidade temporária em retomar o equilíbrio familiar, ainda que seja momentânea, pode causar uma alteração nesse equilíbrio. O restaurar desse equilíbrio depende da capacidade da família e seus recursos.

Hanson (2005) salienta o papel do enfermeiro ao ajudar as famílias a cuidarem dos seus elementos. Destaca a importância de conhecer o impacto das experiências anteriores, das expectativas da doença e do envolvimento familiar, de determinar se a doença constitui uma situação nova, se a família já tem experiência no lidar com a doença e quais as suas aptidões em ajudar a família a promover a saúde, satisfazendo as necessidades dos seus membros.

O papel activo da família é essencial para o tratamento, reabilitação e reinserção social do seu familiar doente. Contudo, a adaptação da família ao doente/doença mental, depende da intervenção personalizada dos profissionais de enfermagem (em particular dos especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria) perante a situação. Muitas famílias procuram o apoio junto dos profissionais de saúde, de modo a superar e sobreviver às dificuldades que encontram; no entanto, há aqueles que não o fazem e não conseguem lidar com as crises conduzindo à sua desestruturação ou destruição.

Quando a adaptação é positiva, a família encontra novas estratégias de coping de forma a atingir o equilíbrio. Quando este não é atingido leva à deterioração da saúde e do sistema familiar. Quando as situações de crise são múltiplas exigem da família ciclos contínuos de adaptação e ajustamento à crise.

Algumas famílias fecham-se sobre si mesmas, por vergonha e pela conotação negativa associada à doença mental, isolam-se da sociedade e consequentemente diminuem a interacção social.

### **3.3 - Reacções da Família face ao Internamento em Psiquiatria**

O internamento de uma pessoa que nos é significativa é sempre difícil, no entanto quando falamos no âmbito da psiquiatria, pelo estigma que ainda existe na sociedade, torna-se mais difícil a sua gestão.

Como enfermeiros, conhecedores das patologias psiquiátricas e do impacto das mesmas nas famílias dos doentes temos o dever de entender o sofrimento e cansaço pelo qual as famílias passam. Só desta foram conseguiremos gerir a situação de internamento, apoiando quer os doentes, quer os seus cuidadores.

O facto de um elemento da família apresentar um problema do foro mental e psiquiátrico, pode provocar nos familiares uma variedade de emoções, entre elas culpa, raiva e até mesmo a negação da doença; por isso uma das reacções que podemos esperar, é que a família não seja capaz no imediato de apoiar e auxiliar o seu familiar doente.

Da nossa experiência diária, verificamos que quando os familiares se dirigem à nossa instituição (especializada em saúde mental e psiquiatria), na sua maioria o que pretendem são respostas imediatas para tentarem compreender o problema e a sua causa, e querem um tratamento rápido e eficaz. A doença mental abarca milhares de perguntas.

Todos nós no processo de adoecer estamos sujeitos a factores distintos que nos tornam mais ou menos vulneráveis; a nossa carga genética, as experiências de vida e relacionais, e as situações consideradas desencadeantes (separação, desemprego, emigração, condições socioeconómicas, luto, entre outras), conduzem-nos a situações que podemos denominar de crises.

As mudanças inerentes ao percurso da nossa vida (como a adolescência, a independência dos filhos, ou o envelhecimento) podem ser consideradas crises vitais; quando surgem imprevistos ou circunstâncias que põem em risco a nossa integridade ou dos que nos são mais próximos, consideramos como crises acidentais. São situações em que os indivíduos se

sentem impotentes, sem saber como reagir e que vão necessitar de um tempo de ajustamento à nova realidade.

Segundo a CIPE, crise é um foco de atenção de enfermagem com as seguintes características específicas: *“Tensão temporária, com comunicação ineficiente, dificuldade na resolução de problemas e incapacidade em reconhecer ou aceder a recursos”* (CIPE-Versão 2, 2011, p.47).

De acordo com a mesma classificação, crise familiar é um foco de atenção de enfermagem em que existe um *“desequilíbrio da estabilidade mental, social e económica do grupo familiar, causando uma inadaptação e alteração temporária do desempenho normal da família. Dificuldade da família para resolver problemas, para reconhecer situações de mudança, para reconhecer recursos internos, para reconhecer redes externas de apoio, ambiente tenso, comunicação familiar ineficaz”* (CIPE-Versão 2, 2011, p.47).

A doença mental não surge de um dia para o outro, nem tem uma causa única, mas muitas vezes manifesta-se subitamente. Ao longo do ciclo vital os indivíduos vão sendo sujeitos a estímulos e factores que podem despoletar e condicionar uma patologia na área da saúde mental. Podemos considerar que existem causas psicológicas, sociais e até biológicas que vão condicionar os indivíduos no seu modo de enfrentar a realidade e de reagir perante *life-events*.

A doença mental pode alterar a dinâmica familiar, porque sendo a família o meio envolvente mais próximo do doente mental, por vezes a convivência vai-se tornando difícil e vão-se deteriorando as relações, que muitas vezes podem desencadear crises.

*“A estrutura, função, processo familiar, recursos de tempo, energia, dinheiro, conhecimento e capacidades da família, assim como as experiências anteriores face a situações de crise, são preponderantes nas estratégias de coping familiar. Influenciam os esforços cognitivos e comportamentais da família para lidar com determinadas exigências internas ou externas”* (Hanson, 2005).

Todas as situações de crise são dolorosas e delicadas, mas a primeira crise provavelmente será a mais difícil, pelo desconhecido e pela incerteza do diagnóstico.

O tipo de reacções perante uma situação de crise difere de pessoa para pessoa, e de acordo com o evento desencadeador também as reacções serão mais ou menos significativas emocionalmente.

A resiliência pode ser uma das reacções para a um evento stressante ou traumático, ou seja, é a capacidade que a pessoa tem de resistir emocionalmente a esse mesmo evento mantendo um equilíbrio estável. Em contrapartida existem pessoas que ao vivenciar situações de crise apresentam alguma instabilidade emocional, apresentando sintomas de ansiedade e/ou stress, entre outros.

A iminência de um internamento, conduz muitas vezes as famílias a vivenciar situações “insuportáveis” de ansiedade e temor perante a emergência de uma descompensação psiquiátrica.

### 3.3.1 - Stress

Ao longo da vida somos confrontados com diversas situações e vamos aprendendo a lidar com as mesmas, criando automatismos de superação. Quando deparado com situações novas ou excepcionais, para as quais o indivíduo não está preparado, e quando as suas respostas não são eficazes para resolver o problema, nem os seus recursos pessoais ou sociais lhe permitem ultrapassar a situação, surge então o stress.

Não existe um consenso na definição de stress, mas sim várias perspectivas da área biomédica e da área da psicologia que se complementam.

Segundo Serra (2003), o termo Stress provem do verbo latino *stringo*, *striger*, *strinxi*, *strictum*, que tem como significado apertar, comprimir, restringir. A expressão existe na língua inglesa desde o século XIV, mas apenas no século XIX o conceito se alargou para passar a significar também as “pressões” que incidem sobre um órgão corporal ou sobre a mente humana.

Para Serra (2003), as circunstâncias indutores de stress não variam, somente, de indivíduo para indivíduo. No ser humano aquilo que é

susceptível de constituir uma ocorrência de stress numa determinada altura da vida, pode não ser noutra etapa diferente.

Serra (2003), afirma ainda que o stress é inerente à condição humana e é visto como um fenómeno de origem psicológica, proveniente da comparação entre o que é pedido ao individuo e a sua capacidade de resposta. Se este mecanismo se desequilibra, desencadeia-se na pessoa a experiência do stress, podendo este estado ter consequências patológicas, neutras ou saudáveis.

Citando Pereira (2008, p.41), *“o conceito de stress surgiu nos anos 30, graças a Hans Selye, endocrinólogo canadense de origem austríaca. Selye (1965), refere-se ao stress como um processo vital e fundamental que pode ser dividido, em dois tipos ou seja, quando passamos por mudanças boas, temos o stress positivo e quando atravessamos alguma fase negativa, estamos vivenciando o stress negativo.”*

Para Pereira (2008, p.41), *“ o termo stress pode ter significados diferentes consoante as pessoas. Na linguagem comum stress poder-se-á definir como pressão, tensão, forças externas desagradáveis ou como uma resposta emocional.”*

Segundo a CIPE, Stress é um foco de atenção de enfermagem com as seguintes características específicas: *“Sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, associado à dor, sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do individuo”* (CIPE-Versão 2, 2011, p.77).

A reacção de stress no nosso organismo, corresponde a mecanismos primários que são accionados de acordo com a relação entre o indivíduo e o meio (factores externos ou internos). Podemos considerar que é a primeira ocorrência nas reacções emocionais e coexiste em diferentes estados psicopatológicos.

As manifestações de reacção ao stress variam de pessoa para pessoa, de acordo com a situação e com as experiências anteriores. Cada um tem os seus mecanismos próprios de resposta perante uma situação de stress.

Os autores Sánchez e Amor (2002), dividem os sintomas de reacção ao stress em três categorias: cognitivos, fisiológicos e comportamentais.

### Quadro 1: Principais sintomas de reacção ao stress

Cognitivos	Fisiológicos	Comportamentais
*Medos, fobias; *Confusão, problemas de atenção, concentração e memória; *Sentimentos de mal-estar; *Culpabilidade e vergonha; *Tristeza, aborrecimento; *Sentimento de impotência;	*Palpitações; *Sudação e sensação de calor súbita; *Polaquiúria; *Diarreia; *Náuseas e vômitos; *Trémulo de mãos e pés; *Hiperventilação; *Gastralgias e indigestão; *Sobressalto, desorientação;	*Cansaço; *Nervosismo; *Irritabilidade; *Queixas contínuas;

Fonte: Sánchez e Amor (2002)

De acordo com Pereira (2008, p.41), o conceito de stress é visto a nível científico, como algo que envolve alterações bioquímicas, fisiológicas, comportamentais e psicológicas. Actualmente o stress é conceptualizado de 3 formas distintas: um estímulo, uma resposta, um processo.

Como estímulo será qualquer circunstância que, de forma pouco usual ou extraordinária, exige do indivíduo uma mudança no seu modo de vida habitual. Pressupõe comportamentos de adaptação para fazer face às exigências das situações, porque o bem-estar do indivíduo está potencialmente ameaçado pelas contingências ambientais, Teoria de Holmes & Raye (1967).

Como resposta, centra-se nas reacções das pessoas aos acontecimentos stressores. A resposta tem duas componentes relacionadas:

a) A componente psicológica, que envolve o comportamento, padrões de pensamento e emoções (como quando um sujeito se sente “nervoso”).

b) A componente fisiológica que envolve um incremento do potencial orgânico com aumento do ritmo cardíaco, secura de boca, sensação de estômago apertado e sudação excessiva.

Como processo inclui os acontecimentos stressores e as respostas de tensão (Pereira, 2008).

Consideramos então que, o stress é uma reacção do nosso organismo para encontrar de novo um equilíbrio. Os sinais de stress podem ser fisiológicos, comportamentais, cognitivos, bioquímicos e emocionais.

### 3.3.2 - Ansiedade

*“A ansiedade e o pesar são descritos como dois grandes padrões de resposta primária psicológica ao stress. Uma variedade de pensamentos, sentimentos e comportamentos estão associados com cada um destes padrões de resposta”* (Townsend, 2011, p.16).

Actualmente, na nossa sociedade a ansiedade está tão banalizada, que é justificação da população em geral, para muitos comportamentos desadequados quer em crianças quer em adultos. É comum ouvirmos expressões como: *“está muito nervoso(a)”*, ou, *“é uma crise de nervos”*.

Sadock & Sadock (2007, p.630) afirmam: *“Todo mundo experimenta ansiedade - uma sensação difusa, desagradável e vaga de apreensão, por vezes acompanhada de sintomas autonómicos como cefaleia, transpiração, palpitações, aperto no peito, leve mal-estar epigástrico e inquietação, indicada pela incapacidade de ficar sentado ou de pé quieto por muito tempo. A gama de sintomas presentes durante a ansiedade tende a variar entre as pessoas.”*

Um nível de ansiedade ligeira até pode ser benéfico para o indivíduo, porque pode ser impulsionadora para se iniciarem comportamentos adaptativos. Quando a ansiedade se eleva a um nível em que já interfere com a capacidade de realizar as actividades de vida básicas, então estamos perante uma situação psicopatológica que requer intervenção especializada.

Para Sims (2011) o estado de ansiedade é a qualidade de estar ansioso imediatamente, numa circunstância particular, presumivelmente como uma resposta a causas incitadas.

Segundo a CIPE, Ansiedade é um foco de atenção de enfermagem com as seguintes características específicas: *“Emoção negativa: sentimentos de ameaça, perigo ou angústia”* (CIPE-Versão 2, 2011, p.39).

Para Townsend (2011, p.17), a ansiedade é uma apreensão difusa que é vaga na sua natureza e está associada com sentimentos de incerteza e impotência.

De acordo com Sadock & Sadock (2007, p.630), a experiência da ansiedade apresenta dois componentes: a percepção das sensações



fisiológicas (como palpitações e suor) e a percepção do estar nervoso ou assustado. Consideram ainda que: *“Além destes a ansiedade afecta o pensamento, a percepção e o aprendizado.”*

Vários foram os autores que se debruçaram sobre o estudo da ansiedade e os diferentes métodos para a sua avaliação, entre eles Peplau, Hamilton e Beck. A ansiedade é caracterizada por diferentes níveis de acordo com o respectivo autor, e existe uma diversidade de instrumentos (escalas e indicadores) que permitem aos profissionais de saúde intervirem de forma apropriada de acordo com os sintomas associados a cada nível ou estadio de ansiedade.

A diferenciação dos conceitos de ansiedade e depressão nem sempre é bem explícita, e até mesmo em alguns modelos teóricos e na própria prática clínica dos profissionais essa dificuldade é sentida.

Telles-Correia et al (2009) realizaram um estudo no qual tentaram separar os conceitos para uma maior compreensibilidade; abordaram e explanaram diferentes modelos de ansiedade e depressão (e de diferentes autores) procedendo à sua diferenciação e caracterização.

*“Os modelos actuais da ansiedade têm como ponto de partida uma dicotomia: Ansiedade orientada para o estímulo vs Ansiedade como resposta. Na primeira hipótese, a ansiedade é vista como uma resposta a um estímulo específico (situações, pensamentos, emoções) enquanto que na segunda a ansiedade é explorada como resposta emocional em si, independente do estímulo”* (Derogatis et al, 1988 cit. por Telles-Correia et al, 2009, p.90).

Estes modelos actuais de ansiedade englobam essencialmente três: o Modelo da ansiedade de Goldstein, centrado na hipótese da ansiedade orientada para o estímulo porque o modelo era focado na “reação catastrófica”; o Modelo da Ansiedade Traço/Estado distingue dois aspectos fundamentais: ansiedade como um estado emocional transitório e como um estado mais permanente, correspondendo a um traço da personalidade; o Modelo transaccional do stress de Lazarus aceita a hipótese da Ansiedade orientada para o estímulo, a avaliação da ameaça é tida como mediador essencial para o desenvolvimento do stress (adaptado de Telles-Correia, 2009, p.91).

O estudo dos mesmos autores menciona ainda que“ (...) *sintomas típicos de quadros de ansiedade como o tremor, a taquicardia, a pré-cordialgia, urgência urinária, náuseas, tonturas, serem frequentes em doentes médicos independentemente da presença de ansiedade ou depressão*” (Telles-Correia et al, 2009, p.94). Este estudo abordou ainda os diferentes instrumentos a escolher para avaliar a ansiedade e a depressão.

Para o nosso estudo estamos de acordo com os autores acima citados, no sentido de avaliarmos a ansiedade como resposta a um estímulo e como uma resposta emocional em si.

## II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

*“ Vários elementos concorrem para o estabelecimento de um plano ou desenho apropriado para responder às questões levantadas pela problemática da investigação. Este plano destina-se a pôr em ordem um conjunto de actividades de maneira a permitir ao investigador a realização efectiva do seu projecto. Este plano constitui a espinha dorsal sobre a qual virão a enxertar-se os resultados da investigação”.*

(Fortin, 1999,p.131)

## 1 - METODOLOGIA DO ESTUDO

Sendo a enfermagem uma profissão em contínuo desenvolvimento, que pretende prestar cuidados humanizados e de qualidade, a investigação assume um papel preponderante no reconhecimento da enfermagem como uma ciência e arte de cuidar em contínuo desenvolvimento.

A investigação científica de uma forma geral consiste num processo racional, sistemático, rigoroso e crítico, de aquisição de conhecimentos, que permitem descrever, explicar, prever ou controlar fenómenos, factos ou acontecimentos, de forma a solucionar problemáticas ligadas ao nosso quotidiano.

Na fase metodológica *“o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas (...) define população e escolhe os instrumentos mais apropriados para efectuar a colheita de dados”* (Fortin, 1999, p.40).

Esta fase do trabalho corresponde à operacionalização do estudo para atingirmos os objectivos a que nos propusemos, de forma fiável. Proceder-se-á à descrição do desenho de investigação, respectivos objectivos e participantes, descrição dos instrumentos de recolha de dados, tratamento e análise de dados e por fim as considerações éticas do estudo.

### 1.1 - Problemática do Estudo

A temática da família tem sido objecto de investimento por vários especialistas, adquirindo relevância em várias áreas da Saúde, contudo no

âmbito da Saúde Mental, e especialmente no que respeita ao apoio à família durante o internamento esta temática revela-se ainda subdesenvolvida.

Para nós, é fundamental que a família receba informação e orientação sobre a situação do seu familiar doente em todo o processo terapêutico, mas principalmente num primeiro contacto, em que o apoio emocional e o feedback por parte da equipa de saúde, são fundamentais para potenciar a recuperação da situação de doença do familiar, reduzir possíveis situações de stress e crise, preparar o pós-alta e assegurar a readaptação do doente e família.

A família adquire cada vez mais um papel importante no apoio, no processo terapêutico e na reabilitação do indivíduo com patologia psiquiátrica.

O futuro caminha para a descentralização da assistência em psiquiatria remetendo os cuidados aos doentes para o regime de ambulatório (a desinstitucionalização, os internamentos parciais em Hospital de Dia, a frequência de serviços de Terapia Ocupacional e Reabilitação e os Fóruns-Ocupacionais), no entanto os internamentos em fase aguda (situação de crise) estão a aumentar e irão se manter, sendo a família um pilar de apoio fundamental em todo o processo terapêutico, desde o momento da admissão até ao acompanhamento no pós-alta.

O estigma, o prognóstico e a dificuldade de exprimir o “abstracto” intrínseco à Saúde Mental e Psiquiatria, influenciam os profissionais a intervirem superficialmente junto da família, abdicando de uma intervenção estruturada e personalizada. A tímida abertura dos profissionais pode ser perceptível junto dos familiares, que consequentemente acabam por se inibir de exprimir as suas necessidades e emoções. Por outro lado, a sobrecarga familiar, o receio da discriminação, os sentimentos de culpa e impotência, entre outros, podem fazer com que a interacção profissional/família seja por si só geradora de stress, sendo consequentemente inibida.

*“A enfermagem de família é um componente integral da enfermagem psiquiátrica e de saúde mental, embora nem todos os enfermeiros desta especialidade exerçam a enfermagem de família” (Hanson, 2005, p.324).*

O propósito deste estudo é fruto do exercício da nossa actividade profissional num serviço de internamento de um hospital psiquiátrico de referência na região Norte, onde são admitidos os doentes provenientes do serviço de urgência de psiquiatria. Sendo a maioria das admissões “*primeiros contactos*”, sentimos a curiosidade em saber quais as reacções e expectativas dos familiares de doentes internados pela primeira vez num serviço de psiquiatria.

*“Sendo a Enfermagem uma profissão consciente dos seus valores, deve colocar as questões que mereçam ser pesquisadas”* (OMS, 1965, in Fortin, 1999). Foi nesta linha de pensamento, que o estudo sobre as reacções dos familiares dos doentes admitidos pela primeira vez num internamento de psiquiatria, nos pareceu uma temática pertinente e cada vez mais relevante para a nossa prática de cuidados de enfermagem com competência, especificidade e humanizados, na área específica da Enfermagem de Saúde Mental.

A admissão em ambiente hospitalar é na maioria das situações um acontecimento estranho e assustador, senão mesmo traumático, tanto para o doente como para os seus familiares. Quando este internamento é numa instituição de saúde mental e psiquiatria, o suporte emocional é fundamental uma vez que quando um familiar sofre de uma doença grave toda a família é afectada com a situação. Este sofrimento poderá manifestar-se de várias formas, sendo o nível psicológico o mais afectado.

As reacções e sentimentos perante uma situação de internamento são muitas vezes similares no doente e nos seus familiares: o medo, o sentir-se sozinho e perdido, a frustração, a incerteza, a angústia e a sensação de incompreensão podem conduzir a algumas situações de ira e até de isolamento.

A escolha da instituição onde decorreu o estudo, foi inequívoca, uma vez que este hospital psiquiátrico é considerado uma referência na área da saúde mental e psiquiatria na região Norte do país; é a retaguarda de uma urgência metropolitana de psiquiatria e dá apoio a uma vasta área geográfica, com a capacidade de admitir doentes 24 horas por dia; é um hospital que promove a formação interna dos seus profissionais e que investe na sua acreditação, para além de ser o local onde exercemos funções.

## 1.2 - Objectivos e Questões de Investigação

Ao encetar um trabalho de investigação, o investigador pretende atingir determinados fins com a sua realização. Para tal, inicialmente, enunciamos *“o projecto de investigação sob a forma de uma pergunta de partida”* (Quivy; Campenhoudt, 2005, p.33) visando um melhor conhecimento do fenómeno em estudo.

A questão de partida da nossa investigação é: *“Quais as reacções e expectativas da família num primeiro contacto com o internamento de Psiquiatria?”*.

Quivy, explicita que *“o objectivo da investigação é responder à pergunta de partida”* (Quivy; Campenhoudt, 2005, p.221). Com este propósito definimos os objectivos que pretendíamos atingir com a realização do estudo, já que estes desempenham o papel de fio condutor da investigação, a par da questão de partida.

Assim, para o presente estudo delineamos os seguintes objectivos:

- Conhecer as reacções dos familiares de doentes com o primeiro internamento em psiquiatria;
- Conhecer as expectativas dos familiares no primeiro contacto com o internamento de psiquiatria;
- Analisar as reacções dos familiares de doentes com o primeiro internamento em psiquiatria;
- Identificar se os familiares de doentes com o primeiro contacto com o internamento de psiquiatria, manifestam algum tipo de sintoma psicopatológico;
- Contribuir para melhorar a prestação dos cuidados de enfermagem, a doentes e familiares, no momento da admissão no primeiro internamento em psiquiatria.

Para Fortin a questão de investigação é *“um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar”* (Fortin, 1999, p.101). Esta autora refere que as

questões de investigação normalmente são usadas nos estudos exploratórios-descritivos, o que sucede com este estudo.

Questionamos então:

- Quais as dos reacções dos familiares de doentes com o primeiro internamento em psiquiatria?
- Será que as reacções dos familiares diferem de acordo com o sexo?
- Será que as reacções dos familiares diferem mediante o diagnóstico de admissão do doente?
- Será que os familiares dos doentes com primeiro contacto com internamento de psiquiatria manifestam algum tipo de sintoma psicopatológico?

### **1.3 - Desenho do Estudo**

Segundo Pais Ribeiro, são os desenhos e os métodos de investigação *“que permitem, ou não, responder à grande questão de investigação colocada no início, que permitem recolher a informação necessária (quantitativa, qualitativa ou mista), de modo apropriado, com os procedimentos apropriados, que permitem identificar e exaltar os aspectos mais importantes da investigação”*. Afirma ainda, que *“se o desenho e o método de investigação são inadequados toda a investigação está comprometida”* (Pais Ribeiro, 2007, p.60).

Pais Ribeiro define o desenho de investigação como a *“estrutura geral ou plano de investigação de um estudo”*. Assim, a escolha do desenho do estudo derivou da reflexão contínua e crítica da sua adequação, relativamente à formulação da questão orientadora, tendo em conta a sua validação (Pais Ribeiro, 2007, p.60).

Fortin menciona que o desenho do estudo de investigação é *“(...)o plano lógico e elaborado pelo investigador, para obter respostas às questões de investigação”* (Fortin 1999, p. 40).

De acordo com a classificação de Aday (1989, in Pais Ribeiro, 2007), este estudo enquadra-se num estudo observacional-descritivo transversal.



Por outro lado, segundo Fortin será um estudo exploratório-descritivo, pois *“visa explorar conceitos, descrever experiências”* (Fortin, 1999, p.138).

Apesar das classificações variarem consoante o autor, em comum o facto, de em todas o estudo ser considerado descritivo, em que se pretende obter informação sobre o fenómeno em estudo, num dado momento do tempo, sem a intervenção directa do investigador.

Alguns autores defendem as vantagens da combinação de vários métodos, enquanto outros realçam as suas dificuldades e desvantagens. Reichardt e Cook (1986, in Pais Ribeiro, 2007) salientam que o positivismo lógico, a medição rigorosa, a objectividade e o raciocínio hipotético-dedutivo, da metodologia quantitativa, combinados com a fenomenologia, a observação naturalista, a subjectividade, a proximidade dos dados, a indução, a dinâmica e a realidade dinâmica, características da metodologia qualitativa, utilizados conjuntamente, consoante as necessidades do investigador, permite uma melhor compreensão do fenómeno em estudo.

Tanto o método qualitativo como o método quantitativo oferecem diferentes perspectivas que se complementam, enriquecendo o estudo e aumentando a fiabilidade dos resultados. Assim, temos uma breve abordagem qualitativa relativamente às questões relacionadas com as reacções demonstradas pelos familiares, porque a utilização do método qualitativo permite-nos *“estudar as pessoas nos seus contextos naturais, recolhendo dados que emergem naturalmente, sem constrangimentos de uma investigação mais organizada, mais estruturada”* (Pais Ribeiro, 2007, p.65), para posteriormente, através da metodologia quantitativa, validar com objectividade e rigor os dados obtidos.

Os estudos relacionados com a intervenção familiar num primeiro episódio /contacto com o internamento em psiquiatria são escassos, e os que existem são direccionados para os surtos psicóticos, como tal este estudo tem um carácter exploratório no sentido de aumentar o quadro teórico em língua portuguesa.

Este estudo é transversal na medida em que a colheita de dados foi realizada uma única vez e num determinado intervalo de tempo. A colheita de dados foi realizada num período de quatro meses, entre Março e Junho de 2014.

Trata-se de um estudo é prospectivo, do tipo exploratório-descritivo, de natureza quantitativa com uma breve abordagem qualitativa.

## **1.4 - Participantes do Estudo**

Fortin define população como *“uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”* (Fortin, 1999, p.202).

A selecção dos elementos que constituem os participantes do estudo, assume um papel importante no trabalho de investigação científica, uma vez que, deles depende, em grande parte, a consecução dos objectivos propostos inicialmente. Segundo Fortin (1999), a escolha dos participantes deve ser realizada por meio de critérios de selecção que asseguram uma relação íntima dos participantes com a experiência que se quer descrever e analisar. A inclusão de um grupo de sujeitos enquanto amostra de um estudo de investigação deriva da sua condição de ligação ao fenómeno em estudo.

A população alvo, de acordo com Fortin (1999), é *“uma população particular que é submetida a um estudo, (...) constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente”* (Fortin, 1999, p.202). A mesma autora define o conceito de amostra como um *“sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”* (Fortin, 1999, p. 202).

Neste estudo, a população alvo é constituída pelos familiares de doentes admitidos pela primeira vez num Serviço de Intervenção Intensiva de um hospital psiquiátrico do norte do país.

Tendo em conta que as dimensões da população alvo, *“que raramente é acessível na sua totalidade ao investigador”*, este estudo não será na sua totalidade sobre a população alvo, mas sim na população acessível que é *“constituída pela porção da população alvo que é acessível ao investigador”* (Fortin, 1999, p.202). Esta condição é fruto dos recursos disponíveis, quer materiais quer humanos e do factor tempo.

A amostra será não probabilística accidental, uma vez que é em concordância com a conveniência e interesse deste estudo, e porque é *“formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num determinado local, num momento preciso”* (Fortin, 1999, p.208). A fácil operacionalização e a ausência de custos são vantagens deste tipo de amostragem.

A metodologia qualitativa preconiza a importância da experiência dos indivíduos que constituem a amostra, de forma a fornecerem dados válidos, em detrimento de obter uma amostra representativa. Fortin, reforça este facto, citando Morse (1991), que refere *“é mais pertinente em investigação qualitativa ter uma amostra não probabilística, mais apropriada, do que ter uma amostra probabilística que não o seja”* (Fortin, 1999, p.148).

A mesma autora faz ainda referência que, relativamente ao objectivo do estudo, *“se o objectivo do estudo é explorar e descrever fenómenos, o tamanho da amostra poderá ser reduzido”* (Fortin, 1999, p.211).

Os critérios de selecção para o estudo são definidos pelo investigador, como tal são critérios de inclusão deste estudo:

- idade igual ou superior a 18 anos;
- indivíduos de ambos os sexos;
- familiares de doentes com o primeiro internamento num serviço de psiquiatria;
- manifestar interesse e disponibilidade em colaborar no estudo, expressando a sua aceitação através do “Consentimento Informado”;

Como critérios de exclusão foram definidos:

- os familiares com idade inferior a 18 anos por não possuírem estatuto de adulto, e por conseguinte, capacidade legal de tomada de decisão;
- familiares de doentes com um ou mais reinternamentos em psiquiatria;

A população disponível para este estudo, correspondia aos novos processos deste hospital psiquiátrico, ou seja 2364 (até 30 de Junho de 2014), no entanto estes dados referem-se a utentes admitidos pela primeira vez pelo serviço de Consulta Externa e pelo Serviço de Intervenção

Intensiva(SII), e de acordo com os critérios de inclusão a população alvo ficou restrita aos admitidos pelo SII.

De acordo com os dados descritos, verificamos uma perda expressiva da nossa população; uma parte significativa dos familiares abordados não mostraram disponibilidade em participar no estudo, e sendo esta instituição a retaguarda de outros departamentos de saúde mental o número de transferências externas para os mesmos, nos primeiros dias de internamento é elevado, ou seja, não foi possível abordar os familiares destes doentes.

Neste estudo a colheita de dados à população acessível foi realizada num período de quatro meses, num total de 50 indivíduos, sendo esta a amostra possível pelo justificado anteriormente.

## **1.5 - Instrumentos de Recolha de Dados**

Antes de avançarmos para fase empírica do processo de investigação, é necessário definir o(s) instrumento(s) de recolha de dados, adequando-o ao tipo de estudo.

De acordo com Fortin (1999), a escolha do investigador num estudo descritivo, deve recair num método de colheita de dados mais estruturado como o questionário, a entrevista estruturada ou semi-estruturada.

A entrevista tem como grande vantagem a flexibilidade e o contacto real entre o entrevistador e o entrevistado; permite-nos obter informações sobre dados e factos objectivos, mas também sobre opiniões, reacções e temáticas mais subjectivas.

Fortin, define entrevista como *“um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas”* (Fortin, 1999, p.245); a mesma autora classifica as entrevistas em dois tipos: *“entrevista estruturada ou uniformizada e entrevista não estruturada ou não uniformizada.”*

Por outro lado, Bardin (2004) classifica as entrevistas em função da sua não directividade, como directivas, semi-directivas ou não-directivas.

Esta classificação tem por base os parâmetros de liberdade de expressão dos entrevistados ou a profundidade da informação que se pretende atingir.

Para o nosso estudo foi definida uma entrevista estruturada, directiva, presencial, que nos possibilitou o acesso a dados diversificados, com uma finalidade exploratória.

Durante a entrevista foi aplicado um questionário que contemplou a caracterização sociodemográfica e clínica do doente e familiar, e dois instrumentos de medida: o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI-Beck Anxiety Inventory) e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), com o objectivo de se parametrizarem informações indirectas (Anexo II).

A escolha destes instrumentos prendeu-se com a sua adequação aos objectivos do estudo, à sua especificidade e por se encontrarem validados para a população portuguesa; também permitem avaliar de forma objectiva e padronizada a presença (ou não) de um conjunto geral de sintomas psicológicos e psicopatológicos, consequentes de uma situação de crise ou de um acontecimento stressante, como é um primeiro internamento num serviço de psiquiatria.

### *1.5.1 - Questionário Sociodemográfico e Clínico*

Fortin define questionário como um *“instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis, (...) ajuda a organizar, normalizar e a controlar dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser recolhidas de uma maneira rigorosa”* (Fortin, 1999, p.240).

Para o nosso estudo e concordando com a definição que Fortin apresenta no seu glossário, o questionário é *“um conjunto de enunciados ou de questões que permitem avaliar as atitudes, as opiniões e o resultado dos sujeitos ou colher qualquer outra informação junto dos sujeitos”* (Fortin, 1999, p.374).

O questionário elaborado tem como objectivo recolher os dados sócio-demográficos e clínicos dos doentes e familiares participantes no estudo, assim como respectivas reacções ao internamento em psiquiatria;

foram tidos em conta aspectos relacionados com a formulação das questões, a aceitabilidade, a prevenção das não-respostas e a fiabilidade dos instrumentos de recolha de dados. Foram definidas duas questões abertas no sentido de “*estimular o pensamento livre e de favorecer a exploração em profundidade da resposta*” (Fortin, 1999, p.248); as restantes questões foram fechadas e variaram entre questões dicotómicas e de resposta múltipla (Anexo II).

O questionário foi aplicado de forma indirecta, ou seja, o próprio inquiridor completou-o a partir das respostas que lhe foram fornecidas pelo inquirido (Quivy; Campenhoudt, 2005).

### *1.5.2 - Inventário de Ansiedade de Beck (BAI-Beck Anxiety Inventory)*

O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI - Beck Anxiety Inventory), foi elaborado por Beck e seus colaboradores em 1988, e foi traduzido e adaptado por Pinto-Gouveia & Fonseca em 1995.

Este instrumento foi elaborado para dar resposta à necessidade de diferenciar adequadamente a ansiedade da depressão. É um inventário de auto-resposta composto por 21 itens, em que cada um destes descreve um sintoma típico da ansiedade. O colaborador é solicitado a responder o quanto se tem vindo a sentir incomodado por cada um dos sintomas durante a última semana. As respostas correspondem a 4 graus de frequência (*nunca, ocasionalmente, frequentemente e quase sempre*). Os valores obtidos são analisados de modo a obter-se um resultado total que pode variar entre 0 e 63. O nível de ansiedade é caracterizado por intervalos de valores: de 0 a 7 pontos indica um nível mínimo de ansiedade, de 8 a 15 pontos indica uma leve ansiedade, de 16 a 25 pontos indica ansiedade moderada e 26 a 63 pontos indica ansiedade severa (adaptado de Pires, 2011).

A elaboração do Inventário de Ansiedade de Beck, permitiu criar um novo instrumento de medida para a ansiedade, no sentido de se evitar confusão com a depressão. Este inventário, segundo os autores que o adaptaram para a população portuguesa, tem boas características

psicométricas, sendo de salientar que possui uma boa consistência interna tendo o valor do *alpha* de Cronbach de 0.90 (Pires, 2011).

Um dos objectivos do nosso estudo é conhecer as reacções dos familiares perante um primeiro internamento em psiquiatria, como tal, e de acordo com o quadro teórico, a ansiedade pode ser explorada como resposta a um estímulo específico (situação ou acontecimento). Neste sentido o pretendido com este instrumento é apenas avaliar se os participantes no estudo apresentam algum grau de ansiedade, perante o primeiro contacto com o internamento em psiquiatria.

Este instrumento não necessitou de autorização prévia dos autores para a sua aplicação neste estudo, porque já se encontra validada e autorizada a sua aplicabilidade para a população portuguesa, e na instituição onde o mesmo foi realizado.

### *1.5.3 - Inventário Breve de Sintomas (BSI)*

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999) constitui a adaptação portuguesa do *BriefSymptomInventory* (BSI) de Derogatis (1982). O BSI surgiu no sentido de dar resposta à desvantagem que o SymptomCheck-List - SCL-90-R (Derogatis, 1982) apresentava, uma vez que o preenchimento de noventa itens implicava maior dispêndio de tempo. Deste modo, foram considerados os itens com maior peso em cada dimensão para formar o BSI.

O BSI é um inventário de auto - resposta que é constituído por 53 itens, sendo uma versão abreviada do SCL-90-R (Canavarro, 1999 citado in Almeida, Gonçalves, Machado & Simões, 2008).

Avalia sintomas psicopatológicos em indivíduos sem perturbações emocionais ou do foro psiquiátrico. Foi desenvolvido por Derogatis em 1982, (citado por Canavarro, 1999) com o propósito de avaliar possíveis transtornos psiquiátricos (e.g., depressão e ansiedade), estimando os sintomas e a intensidade. A sua tradução, adaptação cultural e validação foi realizada por Cristina Canavarro, e neste estudo será utilizada a versão Portuguesa validada pela mesma autora em 1995.

O inventário tem por objectivo avaliar sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia e três índices globais.

Estas nove dimensões primárias foram definidas por Derogatis (1993) da seguinte forma (Canavarro, 1999 citado in Almeida, Gonçalves, Machado & Simões, 2008, p.305):

‣ *Somatização*: Reflecte o mal-estar da percepção do funcionamento somático, centralizando as queixas no funcionamento dos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório, ou qualquer outro com clara mediação autonómica. Dores, desconforto localizado a nível muscular ou equivalentes de ansiedade são também componentes do índice (inclui os itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37);

‣ *Obsessões-Compulsões*: Inclui sintomas identificados com a síndrome clínica com o mesmo nome. Focaliza-se nas cognições, impulsos e comportamentos experienciados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora sejam ego-distónicos e de natureza indesejada. Inclui ainda comportamentos que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral (inclui os itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36);

‣ *Sensibilidade Interpessoal*: Esta dimensão centraliza-se nos sentimentos de inadequação pessoal e inferioridade, particularmente na comparação com outros indivíduos. A auto-depreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez durante as interacções sociais são manifestações desta dimensão (inclui os itens 20, 21, 22 e 42);

‣ *Depressão*: Os sintomas da dimensão depressão reflectem o grande número de indicadores da depressão clínica. Estão representados sintomas de afecto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida (inclui os itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50);

‣ *Ansiedade*: Esta dimensão é composta por sintomas e sinais associados clinicamente a elevados níveis de manifestações de ansiedade. Sinais como o nervosismo e tensão estão incluídos, tal como ataques de pânico e ansiedade generalizada. Componentes cognitivas que envolvem apreensão e alguns correlatos somáticos da ansiedade são também considerados (inclui os itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49);

‣ *Hostilidade*: Inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado negativo da cólera (inclui itens 6, 13, 40, 41, 46);



‣ *Ansiedade Fóbica*: É definida como uma resposta de medo persistente, face a uma pessoa, lugar, objecto ou situação específica, que sendo irracional e desproporcional em relação ao estímulo, conduz a um comportamento de evitamento. Os itens centram-se nas manifestações do comportamento fóbico e outros quadros clínicos como a agorafobia (8, 28, 31, 43 e 47);

‣ *Ideação Paranóide*: Esta dimensão representa o comportamento paranóide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo. O pensamento projectivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo de perda de autonomia e delírios são vistos primariamente como os reflexos desta perturbação (inclui os itens 4, 10, 24, 48 e 51);

‣ *Psicoticismo*: Esta escala foi desenvolvida de forma a representar um constructo como uma dimensão contínua da experiência humana. Abrange itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizóide, assim como sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo de pensamento. A escala fornece um contínuo desde o isolamento interpessoal ligeiro à evidência dramática de psicose (inclui os itens 3, 14, 34, 44 e 53).

Existem quatro itens na BSI (itens 11, 25, 39 e 52), que embora contribuam com algum peso para as dimensões descritas clinicamente, não pertencem a nenhuma delas devido a critérios estatísticos, contribuindo exclusivamente para as pontuações dos três Índices Globais: Índice Geral de Sintomas (IGS), Índice de Sintomas Positivos (ISP) e Total de Sintomas Positivos (TSP).

Os itens que constituem as nove dimensões do BSI constituem no seu conjunto importantes elementos da psicopatologia, tal como são considerados nos manuais de classificação diagnóstica mais utilizados, CDI-10 e DSM-IV (Canavarro, 1999 citado in Almeida, Gonçalves, Machado & Simões, 2008, p.308).

Ao preencher este instrumento, o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afectou durante a última semana. As respostas são dadas numa escala de *Likert*, de 5 pontos (0= *Nunca*, 1=*Poucas vezes*, 2=*Algumas vezes*, 3=*Muitas vezes*, 4=*Muitíssimas vezes*).

Para se obter as pontuações em cada dimensão, deverá somar-se os valores (0-4) dos itens relativos a cada dimensão, dividindo-se o resultado

pelo número de itens dessa dimensão. De acordo com o pretendido pelo estudo podem-se considerar nos resultados finais todas as dimensões ou só as que englobarem os indicadores relevantes para o estudo.

O cálculo dos três Índices Globais obedece às seguintes fórmulas:

- Índice Geral de Sintomas (IGS) - Soma-se as pontuações de todos os itens, dividindo-se em seguida pelo número total de respostas (53 se não existirem respostas em branco);
- Total de Sintomas Positivos (TSP) - Conta-se o número de itens assinalados com uma resposta positiva (isto é, maior que zero);
- Índice de Sintomas Positivos (ISP) - Calcula-se dividindo a soma de todos os itens pelo Total de Sintomas Positivos.

As vantagens da utilização da versão portuguesa do BSI englobam: a possibilidade de ser aplicado individual ou colectivamente, a brevidade do tempo de preenchimento, a manipulação científica de variáveis psicopatológicas, *“as características psicométricas oferecem segurança na sua utilização, ser um bom indicador de sintomas do foro psicopatológico, ser um bom discriminador de saúde mental, permitindo distinguir os indivíduos que apresentam perturbações emocionais daqueles que não as apresentam; no entanto a utilização exclusiva do inventário não permite a formulação de um diagnóstico”*(Canavarro, 1999 citado in Almeida, Gonçalves, Machado & Simões, 2008, p.325). Estando de acordo com a mesma autora (p.307) outra vantagem deste inventário é que pode ser administrado a doentes com patologia psiquiátrica, indivíduos perturbados emocionalmente, a quaisquer outros doentes e a pessoas da população em geral.

Para o nosso estudo esta vantagem é relevante uma vez que o inventário foi aplicado a indivíduos da população em geral (familiares dos doentes internados). A possibilidade de se considerar apenas os resultados das dimensões relevantes para o estudo, foi outro aspecto decisivo na escolha deste instrumento.

A aplicação deste instrumento de recolha de dados, foi precedida de um pedido de autorização à autora (Dr.<sup>a</sup> Cristina Canavarro) para a utilização da mesma (Anexo III).

## **1.6 - Procedimento de Colheita de Dados**

Optamos por realizar uma entrevista presencial, estruturada, com uma finalidade exploratória, que nos permitiu aceder a dados diversificados tanto a nível de registo das reacções, como ao nível dos comportamentos.

A aplicação do questionário permitiu-nos caracterizar itens sociodemográficos e clínicos dos doentes e dos familiares participantes, assim como aplicar os instrumentos de medida descritos anteriormente.

O momento da recolha de dados foi na sua maioria pontual, durante o período de visitas definido para os serviços de internamento da instituição, e em algumas situações foi agendado previamente com os familiares para uma entrevista planeada (de acordo com a disponibilidade). Procurou-se que o momento da entrevista decorresse num ambiente calmo e privado, num gabinete do serviço e sempre indo ao encontro das preocupações e dúvidas dos familiares.

No início de cada entrevista era explicado o tipo de estudo, esclarecida qualquer dúvida, e se o doente também estivesse presente (que sucedeu em algumas entrevistas) o mais importante era informar que este trabalho era meramente académico, e que não iria interferir nos cuidados de enfermagem prestados.

Os familiares inquiridos, na sua maioria, iniciavam a entrevista com algumas questões relacionadas com a situação de saúde do seu familiar doente, e com o decorrer da mesma já se restringiam às questões colocadas. Verificamos que por vezes tinham dificuldade em descrever as reacções que sentiram com a admissão num internamento de psiquiatria, sendo observável em alguns, episódios de choro e alguma tensão.

A duração média das entrevistas foi entre 30 a 40 minutos.

Foi garantido o anonimato dos participantes, sendo cada questionário identificado por um código numérico que correspondeu à ordem da realização das entrevistas.

Após o esclarecimento de todas as dúvidas, e antes de se iniciar a entrevista, a autorização expressa dos participantes era formalizada, com a assinatura do “Consentimento livre e esclarecido para estudos de

investigação/Ensaio clínico” em vigor na instituição, Mod.87-C-HML (Anexo IV).

## **1.7 - Tratamento e Análise dos Dados**

No percurso do estudo de investigação segue-se a fase de tratamento e análise dos dados, que varia consoante o tipo de informação procedentes da fase de colheita de dados, quer seja qualitativa ou quantitativa e, em função dos objectivos preconizados. Esta etapa permite converter a informação obtida da fase de colheita de dados, em dados objectivos, permitindo retirar posteriormente conclusões acerca do estudo realizado.

*“A análise dos dados de qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estatísticas descritivas que permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis”* (Fortin, 1999, p.277).

Os dados foram recolhidos e editados pelo investigador principal, que garantiu de forma permanente a confidencialidade e o anonimato dos participantes.

Conforme referimos anteriormente, o questionário deste estudo tem um cariz maioritariamente quantitativo, apenas com uma ligeira abordagem qualitativa (2 questões), pelo que se optou pela análise descritiva dos dados após a sua informatização.

As variáveis do tipo nominal foram analisadas através das frequências relativas e absolutas, as variáveis quantitativas contínuas foram analisadas através das medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão). Os valores das percentagens, das médias e do desvio padrão são apresentados até à décima.

As variáveis sintomatologia psiquiátrica e ansiedade foram monitorizadas através do BSI e do BAI (ambas escalas numéricas, tipo *Likert*), as variáveis individuais foram avaliadas no questionário e encontram-se relacionadas com as características sociodemográficas dos

doentes e participantes no estudo, sendo que algumas foram consideradas variáveis de contexto e foram relevantes para a análise da informação.

Consideramos como variáveis independentes as reacções dos familiares e a ansiedade, e como variáveis dependentes o sexo dos familiares e os diagnósticos de admissão.

Relativamente às questões abertas foi realizada a técnica de análise de conteúdo, que segundo Bardin “(...) é *um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, recepção (variáveis inferidas) destas mensagens*” (Bardin, 2004, p.37). Seguindo a linha de orientação do mesmo autor, os dados recolhidos em suporte escrito no questionário, foram “inventariados” e posteriormente categorizados de acordo com o quadro teórico assumido neste estudo. Serão identificadas as unidades de registo, que correspondem às expressões, frases ou palavras utilizadas pelos entrevistados para descreverem o fenómeno em estudo.

O tratamento estatístico incluiu a utilização dos testes mais adequados para a análise da relação entre as variáveis em estudo, que serão descritos mais especificamente no capítulo de apresentação e análise dos dados, em função da questão em análise.

O teste de *Kolmogorov-Smirnov* foi utilizado para se testar a normalidade da distribuição das variáveis (sendo considerado o nível de significância  $\alpha=0,05$ ). Para determinarmos a consistência interna dos instrumentos utilizados foi utilizado o coeficiente de *Alpha de Cronbach*.

Na análise quantitativa o tratamento dos dados foi com apoio informático, através do Statistical Package for Social Scienses (SPSS)-Versão 22.0 para Windows e do Microsoft Excel-Office 2007, pela fidelidade dos resultados e rapidez de análise.

## 1.8 - Considerações Éticas

*“A ética é o conjunto de permissões e de interdições que tem um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”* (Fortin, 1999, p.114).

Enquanto profissionais de saúde que cuidam de seres biopsicossociais, a nossa conduta é regida pelo código deontológico e as questões éticas são uma constante na nossa prática diária. A investigação em Enfermagem tem crescido exponencialmente, e sendo as pessoas a sua base fundamental, os documentos e códigos de ética que a abrangem não podem ser ignorados aquando da realização de um estudo de investigação.

No artigo 85º, alínea d), do código deontológico dos enfermeiros, vem referenciada a importância de *“(...)manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação(..)”*, como é o caso neste estudo de investigação.

Também Fortin (1999, p.116), salvaguarda cinco direitos fundamentais das pessoas que participam num estudo de investigação:

- › o direito à autodeterminação;
- › o direito à intimidade (privacidade);
- › o direito ao anonimato e à confidencialidade;
- › o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo;
- › o direito a um tratamento justo e equitativo;

Os objectivos e métodos do estudo foram projectados e delineados de forma a respeitar as normas éticas e os direitos fundamentais dos participantes no estudo, no decorrer de toda a investigação.

*“Os investigadores desenham, conduzem e reportam investigação de acordo com padrões éticos e de competência científica reconhecidos; planificam, a investigação de modo a reduzir a possibilidade de os resultados serem equívocos, e na planificação da investigação consideram a concordância da investigação com o código de ética”* (Pais Ribeiro, (2007, p.155).

Sendo a instituição onde se realizou o estudo, um hospital acreditado pelo HQS-The *Health Quality Service*, a realização de projectos de investigação/ensaio clínicos é orientada pelo Mod.127 HML. Assim, a

candidatura para a realização do projecto de investigação foi formalizada do seguinte modo:

- foi elaborado, por escrito, um pedido de autorização para a realização do projecto, dirigido ao Presidente do Conselho de Administração da instituição;
- foi anexo a esse pedido o Formulário de Proposta de Projecto de Investigação (que incluía o Curriculum Vitae e o Protocolo do Projecto que contemplava o questionário e os instrumentos de medida);
- como o trabalho era desenvolvido directamente com os familiares dos utentes da instituição, foi necessário o parecer da Comissão de Ética em Saúde;
- por último, foi solicitada a autorização do Director do Departamento de Internamento da instituição;

A documentação comprovativa da formalização da candidatura e respectivas autorizações (período que decorreu entre Janeiro e Fevereiro de 2014), está compilada no Anexo I.

Após o aval positivo para a realização do projecto de investigação, prosseguimos de imediato para a recolha dos dados que decorreu nos quatro meses seguintes.

Como a implementação do projecto de investigação envolveu directamente os familiares dos doentes admitidos pela primeira no internamento de psiquiatria, foi obtido junto de cada participante o seu consentimento livre e informado e a sua disposição em colaborar, com a assinatura do “Consentimento livre e esclarecido para estudos de investigação/Ensaio clínicos” em vigor na instituição (Anexo IV).

Os participantes foram desde logo esclarecidos que o anonimato e a confidencialidade estavam assegurados, e que não se deveriam sentir constrangidos ou “obrigados” a colaborar no estudo, por receio de prejuízo no tratamento e na qualidade dos cuidados prestados aos seus familiares (doentes) durante o internamento.

### **III - ESTUDO EMPÍRICO**

Na fase empírica o desenho da investigação, previamente concebido é executado. Colhemos e analisamos os dados, interpretamos os resultados e finalmente, comunicamos os mesmos.

Em investigação científica, os processos não são desta forma herméticos e diferenciados, durante uma investigação as várias fases interagem de forma dinâmica e, mesmo retroactiva.

(QUIVY; CAMPENHOUDT, 2005)



## **1 -APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**

Na etapa da análise dos resultados, como o próprio nome indica, trata-se e prepara-se a informação obtida através da observação, de forma a responder à pergunta de partida. Contudo, durante a observação outros factos emergem, sendo pertinente interpretá-los e rever alterações no modelo de análise, assim como reflectir sobre as possíveis conclusões do estudo.

A concordância na escolha dos métodos de análise dos dados foi obtida tendo em conta a natureza do estudo, sem descurar o objectivo principal do mesmo.

Num primeiro momento constará a caracterização dos participantes (doente e familiares), de seguida serão descritas as respectivas reacções ao internamento e resultados dos instrumentos psicométricos.

Os resultados serão apresentados essencialmente sob a forma de tabelas e quadros, no sentido de facilitar a visualização dos dados e permitir a sua interpretação.

O teste de *Kolmogorov-Smirnov* foi utilizado para testar a normalidade da distribuição das variáveis, tendo sido confirmada a sua distribuição como Normal.

### **1.1 - Caracterização Sociodemográfica dos Participantes**

Os resultados referentes à caracterização dos participantes no estudo, foram obtidos através da aplicação do questionário e serão apresentados

num primeiro ponto os dados sociodemográficos e clínicos relativos aos doentes internados pela primeira vez num internamento de psiquiatria, e num segundo ponto os dados sociodemográficos dos familiares desses mesmos doentes que aceitaram participar no estudo.

Ao longo da análise dos resultados tentar-se-á realçar os aspectos mais relevantes e significativos de forma a posteriormente estabelecer uma relação entre as diversas variáveis envolvidas e compreender o seu significado.

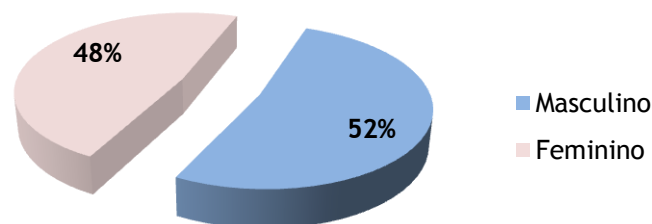
A amostra é constituída por 50 participantes.

### *1.1.1 - Doente*

A caracterização dos doentes será seguidamente descrita relativamente a: características sociodemográficas, diagnóstico de admissão, tipo de internamento, antecedentes de acompanhamento psiquiátrico e consumos de substâncias aditivas.

Relativamente ao sexo dos doentes, a distribuição é quase linear, sendo que 52% (n=26) são do sexo masculino e 48% (n=24) são elementos do sexo feminino.

GRÁFICO 2-Distribuição dos doentes de acordo com o Sexo



Os doentes dos familiares inquiridos apresentam idades compreendidas entre os 18 e os 88 anos, sendo que a média situa-se nos 54 anos ( $\bar{X}=53,6$ ;  $dp=17,7$ ). A mediana indica que pelo menos 50% dos doentes apresentam uma idade inferior ou igual a 53 anos, e de acordo com a moda, 52 anos é a idade mais observada.

TABELA 1 - Distribuição da Idade dos Doentes

Intervalo	N	%	%Acumulada
0-19	2	4,0	4,0
20-29	3	6,0	10,0
30-39	7	14,0	24,0
40-49	7	14,0	38,0
50-59	10	20,0	58,0
60-69	10	20,0	78,0
70-79	9	18,0	96,0
80-89	2	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0

TABELA 2 - Medidas de Dispersão para Idade do Doente

Medidas de Dispersão	Idade
Média	53,6
Mediana	52,5
Moda	52
Desvio Padrão	17,7

Os doentes que permitiram que os familiares participassem no estudo foram quase na totalidade de nacionalidade portuguesa 96% ( $n=48$ ), sendo apenas 4% ( $n=2$ ) de nacionalidade estrangeira (Francesa e Guineense).

Relativamente ao estado civil a percentagem mais significativa corresponde aos doentes casados 60% (n=30), seguindo-se os solteiros com 18% (n=9), os viúvos correspondem a 12% (n=6) e apenas um doente divorciado (2%, n=1).

**TABELA 3 - Distribuição dos Doentes de acordo com Estado Civil**

Estado Civil	N	%
Solteiro	9	18,0
Casado	30	60,0
União de facto	4	8,0
Divorciado	1	2,0
Viúvo	6	12,0
Total	50	100,0

Nos dados relativos à situação profissional dos doentes, 40% (n=20) encontram-se reformados, na situação de desemprego estão 36% (n=18), no activo apenas 22% (n=11) e apenas uma pessoa (2%) na categoria Outro (que corresponde a doméstica).

**TABELA 4 - Situação Profissional dos Doentes**

Situação Profissional	N	%
Activo	11	22,0
Desempregado	18	36,0
Reformado	20	40,0
Outro	1	2,0
Total	50	100,0

Os diagnósticos de admissão dos doentes internados pela primeira vez em psiquiatria encontram-se discriminados na tabela 5, e estão denominados de acordo com o CID-9 que é a classificação em vigor na instituição onde foi implementado o estudo.

TABELA 5 - Diagnóstico de Admissão dos Doentes

Diagnóstico de Admissão	N	%
290 (estados psicóticos orgânicos senis e pré-senis)	4	8,0
296 (psicoses afectivas)	3	6,0
297 (estados paranóides)	3	6,0
298 (outras psicoses não orgânicas)	5	10,0
301 (transtornos da personalidade)	6	12,0
303 (síndrome de dependência do álcool)	1	2,0
304 (dependência de drogas)	1	2,0
309 (reacção de adaptação)	3	6,0
311 (transtorno depressivo)	13	26,0
312 (perturbações do comportamento)	1	2,0
799 (em estudo)	10	20,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Para uma leitura mais acessível e facilitada, os diagnósticos de admissão foram agrupados por grupos psicopatológicos no quadro 2. Relativamente aos grupos psicopatológicos definidos, verificamos que os Quadros Depressivos representam 32% (n=16) da amostra definida, seguidos das Psicoses com 22% (N=11) e dos considerados Em Estudo (n=10) com 20%; as Alterações de Comportamento representam 14% (n=7), e os menos significativos são os Quadros Demenciais com 8% (n=4) e os Comportamentos Aditivos com 4% (n=2).

Sendo que o nosso estudo se centra no primeiro contacto com o internamento de psiquiatria, e em muitas situações não existe um diagnóstico de admissão definido, consideramos que o diagnóstico “*Em Estudo*” se encontra adequado na distribuição com os restantes grupos psicopatológicos. Também de acordo com o quadro teórico anteriormente referenciado os Quadros Depressivos enquadram-se nos diagnósticos de

admissão mais frequentes e são também os mais representativos da nossa amostra.

**QUADRO 2 - Distribuição dos Doentes por Grupos Psicopatológicos**

<b>Grupos Psicopatológicos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Quadros Depressivos (309 e 311)	16	32,0
Psicoses (296, 297 e 298)	11	22,0
Em Estudo (799)	10	20,0
Alterações Comportamento (301 e 312)	7	14,0
Quadros Demenciais (290)	4	8,0
Comportamentos Aditivos (303 e 304)	2	4,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Relativamente ao tipo de internamento dos doentes, o internamento voluntário é o mais representativo com 86% (n=42), e apenas 14% (n=7) correspondem a internamentos compulsivos.

Apesar de a amostra se restringir ao primeiro internamento em psiquiatria, 62% (n=31) dos doentes já tinha um contacto prévio com consulta em psiquiatria, e 38% (n=19) não tinha qualquer contacto com esta especialidade. Relativamente aos antecedentes psiquiátricos, sendo que 31 doentes já eram acompanhados em consulta de psiquiatria, e tendo em conta a duração desse acompanhamento, verificamos que o acompanhamento mais prolongado (6 ou mais anos) é o mais representativo com 32% (n=10) da amostra, seguido do acompanhamento psiquiátrico entre 1-2 anos com 29% (n=9). O acompanhamento entre 1-6 meses corresponde a 19% (n=6) dos doentes, e os menos significativos entre 6-12 meses e 3-5 anos.

De acordo com os resultados, constatamos que 1/3 da nossa amostra manteve acompanhamento psiquiátrico em ambulatório mais de 6 anos sem necessitar de internamento.

**TABELA 6 - Duração do Acompanhamento Psiquiátrico**

Duração Acompanhamento Psiquiátrico	N	%
1-6 meses	6	19,0
6-12 meses	2	6,0
1-2 anos	9	29,0
3-5 anos	4	13,0
6 ou mais anos	10	32,0
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

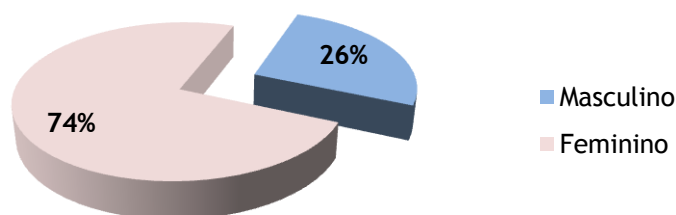
O consumo de substâncias aditivas (consideramos o total global de uso de tabaco, uso de álcool e uso de tóxicos) verificou-se em 30% (n=15) dos doentes dos familiares que compõem a amostra, e 70% (n=35) responderam negativamente ao consumo de substâncias aditivas.

### *1.1.2 - Familiar*

A caracterização dos familiares participantes neste estudo será descrita relativamente a: características sociodemográficas, percepção de alterações no comportamento do familiar e stress no momento da admissão.

Relativamente ao sexo dos familiares, a amostra é maioritariamente feminina sendo que 74% (n=37) são do sexo feminino e 26% (n=13) são elementos do sexo masculino.

**GRÁFICO 3 -Distribuição dos Familiares de acordo com o Sexo**



Os familiares inquiridos apresentam idades compreendidas entre os 21 e os 73 anos, sendo que a média situa-se nos 47 anos ( $\bar{X}=46,50$ ;  $dp=13,49$ ). A mediana indica que pelo menos 50% dos doentes apresentam uma idade inferior ou igual a 45anos, e de acordo com a moda, 40 anos é a idade mais observada.

TABELA 7 - Distribuição da Idade dos Familiares

Intervalo	N	%
20-29	5	10,0
30-39	10	20,0
40-49	17	34,0
50-59	7	14,0
60-69	8	16,0
70-79	3	6,0
Total	50	100,0

TABELA 8 - Medidas de Dispersão para Idade dos Familiares

Medidas de Dispersão	Idade
Média	46,5
Mediana	45,0
Moda	40
Desvio Padrão	13,49

Relativamente ao estado civil a percentagem mais significativa corresponde aos familiares casados 62% ( $n=31$ ), seguindo-se os solteiros com 20% ( $n=10$ ), os divorciados correspondem a 8% ( $n=4$ ), as uniões de facto são 6% ( $n=3$ ) e apenas 4% ( $n=2$ ) são viúvos.



**TABELA 9 - Distribuição dos Familiares de acordo com Estado Civil**

Estado Civil	N	%
Solteiro	10	20,0
Casado	31	62,0
União de facto	3	6,0
Divorciado	4	8,0
Viúvo	2	4,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

O nível de escolaridade mais representativo dos familiares corresponde ao ensino preparatório (9ºano) com 46% (n=23) dos inquiridos, sendo o ensino básico e o ensino superior iguais com 20% (n=10) e o ensino secundário apenas com 14% (n=7).

Nos dados relativos à situação profissional dos familiares, 44% (n=22) encontram-se no activo, na situação de desemprego e reformado estão igualmente com 18% (n=9), na categoria Outro (que corresponde maioritariamente a actividades domésticas) estão 14% (n=7) e apenas 6% (n=3) como estudantes.

**TABELA 10 - Situação Profissional dos Familiares**

Situação Profissional	N	%
Activo	22	44,0
Desempregado	9	18,0
Reformado	9	18,0
Estudante	3	6,0
Outro	7	14,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Na mudança de comportamento do doente, 96%(n=48) dos familiares afirmaram ter tido percepção de algum tipo de mudança, e apenas 4%(n=2) referiu que não.

Os participantes inquiridos conseguiram descrever um total de 147 alterações no comportamento do seu familiar doente, sendo que o discurso foi a mais referenciada com 21% (n=31), seguindo-se as atitudes com 26%

(n=26), as alterações de comportamento e os episódios de agressividade (incluindo auto e hetero) têm equitativamente 14% (n=21), o isolamento e as tentativas de suicídio são muito semelhantes com 9%(n=13) e 8%(n=12) respectivamente. A categoria Outras representou 16% (n=23) das respostas e englobou várias alterações com n=1, sendo as mais representativas e significativas com n=4: confusão, esquecimento, hostilidade, alteração do pensamento e vontade viver diminuída.

**QUADRO 3 - Alterações percepcionadas pelos Familiares**

<b>Alterações percepcionadas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Discurso	31	21,0
Atitudes	26	18,0
Comportamento	21	14,0
Agressividade	21	14,0
Isolamento	13	9,0
Tentativa Suicídio	12	8,0
Outras	23	16,0
<b>Total</b>	<b>147</b>	<b>100,0</b>

Relativamente à questão, se a admissão pela primeira vez num serviço de psiquiatria foi ou não um momento stressante, 88%(n=44) dos familiares afirmaram sim, e 12%(n=6) referiu que não.

## **1.2 - Reacções dos Familiares**

No seguimento da questão, se a admissão pela primeira vez num serviço de internamento de psiquiatria tinha sido ou não stressante, os familiares participantes no estudo foram questionados se conseguiam descrever o tipo de reacções/sensações que sentiram com esse acontecimento.

Esta questão de resposta aberta, foi respondida por todos os familiares, sendo que o número de reacções descritas por cada participante variou entre 1 e 9 vezes, e o total final de reacções descritas no geral foi de 250. As reacções foram expressas por palavras/unidades de registo,

sendo as mais significativas: tristeza, alívio, choro (vontade de chorar), medo, mal-estar, impotência, angústia, palpitações, tremores, entre outras.

O número de 4 reacções por participante (n=10) foi o mais significativo representando 20% do total, seguido de 7 e 8 reacções descritas por participante (n=8) com 16% para cada. As respostas com 2 reacções têm 14% (n=7), as que têm 1 reacção são 8% (n=4) e as que apresentam 6% (n=3) do total são as que apresentam 6 reacções. A percentagem menos significativa de 4% (n=2) corresponde a 3 reacções e a 9 reacções descritas por participante. A média de reacções por cada participante foi  $\bar{X}=5$  e de acordo com a moda, o número de 4 reacções foi o mais observado.

Tabela 11- Número de reacções por participante

Nº de reacções	N	%
1	4	8,0
2	7	14,0
3	2	4,0
4	10	20,0
5	6	12,0
6	3	6,0
7	8	16,0
8	8	16,0
9	2	4,0
Total	50	100,0

De acordo com a tabela 12, verificamos que a distribuição das reacções de acordo com o sexo, foi mais expressiva no sexo feminino (sendo que n=37), sendo também maior o número de respostas por participante. No sexo masculino o número de reacções por participante varia apenas entre 1 e 3, em contrapartida nas participantes do sexo feminino o mesmo número varia entre 1 e 7.

Tabela 12 - Distribuição do número de reacções de acordo com o sexo

Nº de reacções	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
1	3	23,0	1	3,0
2	2	15,0	5	14,0
3	0	0	2	5,0
4	3	23,0	7	19,0
5	1	8,0	5	14,0
6	0	0	3	8,0
7	2	15,0	6	16,0
8	1	8,0	7	19,0
9	1	8,0	1	3,0
Total	13	100,0	37	100,0

Relativamente ao tipo de reacções (ou sensações) descritas pelos familiares sobre o primeiro internamento em psiquiatria, estas foram expressas pelos participantes sob a forma de palavras e unidades de registo. Após a leitura e análise dos questionários, estas foram categorizadas e contabilizadas de acordo com o quadro teórico de referência.

A categorização das respostas foi baseada nos principais sintomas de reacção ao stress e de ansiedade, tendo por base as definições e teorias dos seguintes autores: Sánchez e Amor (2002) que categorizam as reacções ao stress em sintomas cognitivos, fisiológicos e comportamentais; Pereira (2008) apenas distingue os sintomas de stress em psicológicos e fisiológicos; segundo Townsend (2011) as respostas ao stress são essencialmente biológicas/fisiológicas, mas também define sintomas de ansiedade; e na CIPE (2011) é possível categorizar reacções de stress e de ansiedade de forma distinta.

Neste trabalho tivemos em conta as distinções acima descritas, e todas as reacções que não estavam definidas neste quadro teórico foram categorizadas como *Outras*.

### 1.3 - Stress

Foram definidas pelo grupo, para a contabilização final das reacções dos familiares perante um primeiro internamento em psiquiatria, cinco categorias: *Cognitivas*, *Fisiológicas*, *Comportamentais*, *Ansiedade* e *Outras*.

Verificamos que as reacções *Cognitivas* foram as mais significativas com 41% (n=103) do total da amostra, seguidas das reacções da categoria *Outras* (n=82) com 33%; as reacções *Fisiológicas* representam 18% (n=45) do total, os sintomas da categoria *Ansiedade* correspondem a apenas 6% (n=15) da amostra e por último encontra-se a categoria das reacções *Comportamentais* com uns meros 2% (n=5).

Concluimos então, que os familiares dos doentes internados pela primeira vez num serviço de psiquiatria, apresentam valores mais

significativos no âmbito dos sintomas de reacção ao stress (61%) comparativamente com sintomas de ansiedade (6%); e relativamente ao stress as reacções mais expressivas são no âmbito cognitivo (41%) seguido do fisiológico (18%). Uma parte expressiva das reacções descritas não se enquadra em respostas ao stress ou à ansiedade, por isso foram categorizadas como *Outras* (33%).

O quadro 4 resume as categorias das reacções com os sintomas que foram descritos nas respostas.

Quadro 4 - Categorização das reacções dos familiares

Categorias	Reacções	N	%
<i>Cognitivas (C)</i>	Medo, Confusão, Sentimento Mal-estar, Culpa, Vergonha, Tristeza, Sentimento de impotência	103	41,0
<i>Fisiológicas (F)</i>	Palpitações, Sudação, Sensação de calor, Alterações gastro-intestinais, Alterações apetite, Tremores Hiperventilação	45	18,0
<i>Comportamentais (W)</i>	Cansaço, Nervosismo	5	2,0
<i>Ansiedade (A)</i>	Ansiedade, Angústia, Pensamento perigo/morte	15	6,0
<i>Outras (O)</i>	Alívio, Choro, Insónia, Preocupação, Confiança, Desespero, Choque, Certeza da adesão ao tratamento	82	33,0
<b>Total</b>		250	100,0

Na tabela 13 verificamos que a distribuição das reacções pelas respectivas categorias se apresenta semelhante em ambos os sexos, sendo as percentagens similares em cada uma das categorias.

De forma a confirmar estes resultados foi utilizado o Teste *t* de Student, que é uma prova paramétrica para amostras independentes com o objectivo de comparar as médias de 2 grupos (variáveis nominais), tendo como requisitos ser uma amostra aleatória, apresentar uma distribuição normal e apresentar homogeneidade das variâncias das amostras (todos se confirmam neste estudo). Este teste permitiu-nos verificar uma variância semelhante em todas as categorias das reacções (no Teste de Levene todas apresentaram  $p > 0,05$ ) e também permitiu afirmar que não há diferenças estatisticamente significativas entre o sexo feminino e o masculino e as categorias das reacções, porque todos os valores apresentam  $p > 0,05$ , como se pode verificar pelos seguintes dados: Cognitivas ( $t(48) = -0,88$ ;  $p = 0,38$ ); Fisiológicas ( $t(48) = -0,21$ ;  $p = 0,84$ ); Comportamentais ( $t(48) = -0,26$ ;  $p = 0,79$ ); Ansiedade ( $t(48) = 0,69$ ;  $p = 0,95$ ); Outras ( $t(48) = -1,67$ ;  $p = 0,10$ ).

Concluimos então que as reacções demonstradas e descritas não diferem de acordo com o sexo dos participantes; independentemente de serem do sexo masculino ou feminino as respostas percentuais enquadraram-se com igual valor/distribuição nas mesmas categorias.

Tabela 13 - Distribuição das categorias das reacções consoante o sexo

Categorias das Reacções	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
<i>Cognitivas (C)</i>	23	42,0	80	41,0
<i>Fisiológicas (F)</i>	11	20,0	34	17,0
<i>Comportamentais (W)</i>	1	2,0	4	2,0
<i>Ansiedade (A)</i>	4	7,0	11	6,0
<i>Outras (O)</i>	16	29,0	66	34,0
<b>Total</b>	55	100,0	195	100,0

A incerteza do diagnóstico de admissão, é um factores que mais preocupa os familiares quando abordam os profissionais de saúde. Por esse motivo achamos interessante saber se o diagnóstico de admissão influencia o tipo de reacções descritas pelos familiares.

De acordo com o quadro 5 (foi elaborado seguindo a terminologia utilizada no quadro 2 e no quadro 4), verificamos que os Quadros Depressivos e as Psicoses apresentam o maior número de reacções descritas, sendo respectivamente 32% (n=79) e 22% (n=56), as Alterações de Comportamento e o diagnóstico Em Estudo encontram-se num nível intermédio dos resultados com 16% (n=39) e 17% (n=42) respectivamente. Com valores menos significativos de reacções descritas, com 8% (n=21) e 5% (n=13) encontram-se os Quadros Demenciais e os Comportamentos Aditivos.

As categorias *Cognitivas* e *Outras* têm a maior distribuição de reacções referidas pelos participantes, sendo mais significativas nos Quadros Depressivos (n=37) e nas Psicoses (n=22), seguindo-se as Alterações de Comportamento com n=17. A categoria *Ansiedade* é mais significativa no grupo das Psicoses com n=6 e ausente nos Comportamentos Aditivos (n=0), num total de 15 respostas. Relativamente às reacções *Fisiológicas* estas

são iguais (n=11) nos Quadros Depressivos e nas Psicoses, e são menos relevantes nos diagnósticos de Quadros Demenciais e Comportamentos Aditivos, ambos com n=3. As reacções *Comportamentais* são as menos frequentes em todos os diagnósticos de admissão.

Desta análise concluímos que o tipo de reacção descrita pelos participantes não difere conforme o diagnóstico de admissão. Os diagnósticos relacionados com os Quadros Depressivos, as Psicoses e os Em Estudo apresentam resultados mais elevados nas categorias *Cognitivas*, *Outras* e *Fisiológicas*, em concordância com os valores obtidos anteriormente no âmbito geral. A categoria *Ansiedade* tem uma distribuição minoritária em todos os grupos psicopatológicos, sendo nas Psicoses mais significativa, e as reacções *Comportamentais* são mínimas também em todos os grupos.

Quadro 5 - Distribuição das categorias das reacções de acordo com o diagnóstico de admissão

Diagnósticos de admissão (Grupos Psicopatológicos)	Categorias das reacções					Total	%
	C	F	W	A	O		
Quadros Depressivos (309 e 311)	37	11	2	4	25	79	32,0
Psicoses (296, 297 e 298)	22	11	1	6	16	56	22,0
Em Estudo (799)	13	10	1	2	16	42	17,0
Alterações Comportamento (301 e 312)	17	7	0	1	14	39	16,0
Quadros Demenciais (290)	8	3	1	2	7	21	8,0
Comportamentos Aditivos (303 e 304)	6	3	0	0	4	13	5,0
<b>Total</b>	<b>103</b>	<b>45</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	<b>82</b>	<b>250</b>	<b>100,0</b>

Legenda: C-Cognitivas; F-Fisiológicas; W-Comportamentais; A-Ansiedade; O-Outras

No sentido de responder a esta questão do estudo, e validar a leitura anterior, analisou-se a correlação entre as categorias das reacções e os diagnósticos de admissão, com recurso ao teste de correlação de *Pearson*. Este consiste num teste paramétrico, sendo que o *r* de *Pearson* é uma medida que pretende analisar a associação linear entre duas variáveis, que

nos indica se os fenómenos em estudo não estão indissoluvelmente ligados mas que a intensidade de um é acompanhada tendencialmente pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou sentido inverso (Morteira, cit. por Pestana & Gageiro, 2003).

Consideramos este teste como opção para o nosso estudo, porque, para as variáveis que queremos correlacionar, nos permite analisar em simultâneo o valor de  $r$  e o valor de  $p$ . O valor de  $r$  representa a força e a direcção de associação entre as variáveis, podendo os coeficientes da correlação variar entre zero e menos um (-1, correlação negativa perfeita) e entre zero e um (+1, correlação positiva perfeita); e quanto mais afastado o valor de  $r$  estiver do zero (ausência de correlação), maior é a força de associação entre as variáveis. O valor de  $p$  permite assumir ou não diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis para valores superiores ou inferiores a 0,05.

A tabela 14 permite analisar a correlação entre as categorias das reacções verbalizadas pelos familiares e os diagnósticos de admissão (agrupados por grupos psicopatológicos).

Constatamos que não se verificam correlações significativas entre as categorias das reacções e os diagnósticos de admissão, porque quase todas as avaliações apresentam valores superiores a 0,05 ( $p > 0,05$ ). Existe uma correlação positiva fraca significativa entre a categoria *Ansiedade* e os diagnósticos de admissão do grupo das Psicoses, como podemos confirmar pelos dados ( $n = 50$ ;  $r = 0,28$ ;  $p = 0,05$ ) e se encontra realçado a sombreado na tabela. Esta análise pelo teste de correlação de *Pearson*, veio confirmar o já referido anteriormente (relativamente à análise do quadro 5).

Realçamos este aspecto, que consideramos pertinente, uma vez que os quadros psicóticos por serem desconhecidos e “não dominados” pelos familiares podem gerar níveis de ansiedade mais elevados. As psicoses por norma têm o factor do desconhecido associado.

A sintomatologia caracterizada pelas alterações de comportamento, do pensamento e da percepção (muitas vezes em simultâneo), os episódios de agitação e/ou agressividade, ou em contrapartida a apatia, o embotamento afectivo e o isolamento, assustam os familiares e suscitam medos e dúvidas principalmente num primeiro surto psicótico (ou crise). Os mitos e estigmas associados à doença, assim como a dificuldade em



explicar a etiologia da doença e o prognóstico que lhe está associado, provocam nas famílias e na sociedade ideias erróneas e de exclusão relativamente aos doentes mentais, nomeadamente com os que apresentam Psicoses (Afonso, 2002; Townsend, 2011).

*“De todas as doenças mentais responsáveis pelo sofrimento na sociedade, a esquizofrenia é provavelmente responsável pelas hospitalizações mais prolongadas, maior caos na vida familiar, custos mais exorbitantes para indivíduos e governos e mais medos que qualquer outra”* (Townsend, 2011, p.508).

Tabela 14 - Correlação entre as Categorias das Reacções e os Diagnósticos de Admissão

Diagnóstico de Admissão	Q. Depressivos		Psicoses		Em Estudo		Alteração Comportamento		C. Aditivos		Demências	
	r	Sig.	R	Sig.	r	Sig.	r	Sig.	r	Sig.	r	Sig.
Cognitivas	0,13	0,38	-0,23	0,87	-0,28*	0,50	0,11	0,45	0,14	0,33	-0,01	0,93
Fisiológicas	-0,14	0,35	0,50	0,74	0,46	0,75	0,37	0,80	0,11	0,43	-0,04	0,78
Comportam.	0,05	0,74	-0,13	0,93	0,00	1,00	-0,11	0,44	-0,06	0,70	0,12	0,40
Ansiedade	-0,08	0,61	0,28*	0,05	-0,11	0,45	-0,14	0,34	-0,13	0,36	0,13	0,37
Outros	-0,05	0,72	-0,10	0,51	-0,02	0,89	0,14	0,33	0,71	0,62	0,03	0,83

Relativamente à questão 9 do questionário, esta pretendia apenas caracterizar o momento da admissão no hospital (especificamente no S.I.I e relativamente aos profissionais de enfermagem) e analisar as expectativas e opiniões dos familiares. A escolha deste momento e do referido serviço, está relacionada com o facto do investigador principal exercer funções no mesmo.

Verificamos que a maioria dos familiares não esteve presente nesse momento, como tal as respostas Não Aplicável (N/A) são as que apresentam maior frequência (entre n=41 e n=42). Salientamos a negro os quatro itens que consideramos mais relevantes nesta questão: após a intervenção de enfermagem 7 participantes afirmaram que se sentiram melhor e que o seu estado de ansiedade e preocupação diminuiu; 9 familiares

pretendiam/esperavam outro tipo de atendimento diferente do disponibilizado; e 11 familiares afirmaram que o atendimento/acolhimento necessita de ser melhorado.

Relativamente ao item *“Esperava/pretendia outro tipo de interacção/atendimento, diferente da que lhe foi disponibilizada?”*, dos familiares que responderam positivamente, 8 referiram ainda que esperavam: falar com médico ou enfermeiro, um atendimento mais personalizado, informações sobre o funcionamento do internamento e um atendimento mais rápido.

No item *“Na sua opinião o atendimento/acolhimento necessita de ser melhorado?”*, 7 dos familiares inquiridos sugeriram: Os profissionais falarem com familiares; Melhorar a informação aos familiares; Oportunidade para falar com os técnicos; Visitar o serviço (unidade do doente); Possibilidade de esclarecer dúvidas com os profissionais; Ter mais atenção por parte dos profissionais; Disponibilizarem informação em suporte papel; Explicar a situação e o funcionamento do serviço.

Alguns familiares referiram que apenas contactaram com administrativa no momento da admissão, e um familiar foi aconselhado pelo médico a ir-se embora no momento da admissão por o doente estar muito exaltado.

Relativamente a estes dois últimos itens, a frequência das respostas Não aplicável (N/A) também é elevada (n=33 e n=34). Estes valores suscitaram alguma dúvida e preocupação, sendo que não nos é possível justificar estes dados; no entanto no nosso entender, o facto dos familiares não expressarem a sua opinião relativamente ao atendimento de enfermagem, pode estar relacionada com o medo e insegurança que os cuidados aos seus familiares doentes fossem negligenciados, ou associado ao stress e ao desconhecido de um primeiro internamento, ou ainda à vergonha em exprimirem o que realmente estavam a pensar.

Quadro 6 - Questões relacionadas com momento de admissão e intervenção de enfermagem

Admissão no SII e Intervenção de Enfermagem	Sim	Não	N/A
Demonstraram paciência no acolhimento do seu familiar?	8	0	42
Demonstraram paciência no acolhimento aos acompanhantes?	7	1	42
Explicaram com clareza as informações relativas ao internamento?	7	2	41
As informações disponibilizadas foram transmitidas de forma compreensível?	8	1	41
Disponibilizaram-se para esclarecer qualquer dúvida?	8	0	42
Foi disponibilizada informação escrita relativamente ao internamento?	2	7	41
Preocuparam-se em preservar a privacidade do seu familiar e acompanhantes?	9	0	41
Os profissionais de enfermagem apresentaram-se?	5	4	41
Atenderam/acolheram com profissionalismo?	8	0	42
Colocaram alguma questão relativa ao estado de saúde e/ou cuidados diários ao seu familiar?	2	7	41
Após a intervenção da equipa de enfermagem sentiu-se melhor?	7	1	42
Acha que o seu estado de ansiedade e preocupação diminuíram após o contacto com os enfermeiros, naquele momento?	7	2	41
Esperava/pretendia outro tipo de interacção/atendimento, diferente da que lhe foi disponibilizada?	9	8	33
Na sua opinião o atendimento/acolhimento necessita de ser melhorado?	11	5	34

Na questão 10, “Na sua opinião: a) Como avalia o atendimento/acolhimento dos profissionais de enfermagem no momento da admissão? e b) Como avalia a forma como foi atendido/recebido no SII deste hospital?”, pretendia-se apenas avaliar a opinião dos participantes relativamente ao atendimento de enfermagem e ao atendimento em geral no hospital, no momento da admissão. Pela mesma justificação anterior o item *Sem opinião* foi o mais expressivo das respostas em ambas as perguntas; relativamente ao atendimento pelos profissionais de enfermagem 40 participantes não tiveram opinião, e dos restantes 10 apenas 4 o classificaram como *Bom*; em relação ao atendimento de uma forma geral neste hospital, para além dos 27 inquiridos que responderam *Sem Opinião*, 11 avaliaram como *Bom*, 6 como *Suficiente*, 4 como *Insuficiente* e apenas 2 como *Muito Bom*.

Quadro 7 - Opinião sobre o momento da admissão

	Sem opinião	Insuficiente	Suficiente	Bom	M. Bom
Como avalia o atendimento/acolhimento dos profissionais de enfermagem no momento da admissão?	40	3	1	4	2
Como avalia a forma como foi atendido/recebido no SII deste hospital?	27	4	6	11	2

Relativamente a estas duas questões analisadas anteriormente, consideramos que não são significativas para este estudo, uma vez que maioria dos resultados não nos permitiu chegar a qualquer tipo de conclusão relevante. No entanto as sugestões referidas pelos familiares serão descritas no capítulo da discussão dos resultados, e futuramente serão transmitidas, juntamente com os resultados deste trabalho, à instituição onde o mesmo foi realizado.

## 1.4 - Ansiedade

Apesar de a ansiedade estar categorizada na descrição anterior das reacções dos participantes, a aplicação do Inventário de Ansiedade de Beck permitiu analisar a presença ou não de ansiedade nos familiares participantes no estudo e o respectivo grau da mesma.

Para analisarmos a associação entre ter ou não sintomatologia ansiosa e o sexo dos familiares, utilizamos o teste de  $\chi^2$  (Qui-quadrado), que consiste num teste não-paramétrico que permite analisar a associação entre 2 ou mais variáveis nominais. Verificamos que não há diferenças entre ter ou não sintomatologia ansiosa e o sexo [ $\chi^2=2,27$ ;  $p=0,518$  (considerando que apenas há diferenças significativas para  $p<0,05$ )].

Os participantes do sexo feminino são claramente mais afectados pelos níveis de ansiedade mais elevados ( $n=23$  num total de 37), contrariamente aos elementos do sexo masculino nos quais a frequência nestes níveis é menor. A maioria dos elementos do sexo masculino situou as suas respostas nos níveis de ansiedade mais baixos ( $n=8$  num total de 13).

Quadro 8 - Níveis de ansiedade dos familiares de acordo com o sexo

Sexo	Inventário Ansiedade de Beck				Total
	Mínimo Ansiedade	Ansiedade Leve	Ansiedade Moderada	Ansiedade Severa	
Masculino	4	4	3	2	13
Feminino	7	7	12	11	37
Total	11	11	15	13	50

## 1.5 - Sintomatologia Psicopatológica

A análise e apresentação dos resultados obtidos no Inventário Breve de Sintomas (BSI) será realizada de acordo com as Dimensões e Índices Globais que o constituem.

Neste estudo determinamos a consistência interna dos resultados obtidos pelo BSI através do cálculo do coeficiente de Alfa de *Cronbach*. Os valores da consistência interna variaram entre 0,46 (Ansiedade Fóbica) e 0,86 (Ansiedade). De acordo com os conhecimentos teóricos adquiridos, consideramos que a consistência interna é aceitável para valores de  $\alpha$  iguais ou superiores a 0,60. Nesse sentido verificamos que à excepção das dimensões da Ansiedade Fóbica ( $\alpha=0,46$ ) e Psicoticismo ( $\alpha=0,62$ ), todas as outras dimensões apresentam valores de consistência interna considerados aceitáveis.

Tabela 15 - Dimensões do BSI e valores de consistência interna

Dimensões do BSI	Nº Itens	Alfa de <i>Cronbach</i> (Canavarro,2008)	Alfa de <i>Cronbach</i> (Estudo)
<i>Somatização</i> (2-7-23-29-30-33-37)	7	,80	,84
<i>Obsessões-Compulsões</i> (5-15-26-27-32-36)	6	,77	,80
<i>Sensibilidade Interpessoal</i> (20-21-22-42)	4	,76	,67
<i>Depressão</i> (9-16-17-18-35-50)	6	,73	,72
<i>Ansiedade</i> (1-12-19-38-45-49)	6	,77	,86
<i>Hostilidade</i> (6-13-40-41-46)	5	,76	,74
<i>Ansiedade Fóbica</i> (8-28-31-43-47)	5	,62	,46
<i>Ideação Paranóide</i> (4-10-24-48-51)	5	,72	,67
<i>Psicoticismo</i> (3-14-34-44-53)	5	,62	,62
<b>Total</b>	49	6,55	6,38

Os resultados descritivos apresentados na Tabela 16, permitem-nos afirmar que a dimensão da Ansiedade se destaca com o valor médio mais

elevado (1,37), seguindo-se por ordem decrescente a Hostilidade (0,93), a Depressão (0,85), a Ideação Paranóide (0,76), as Obsessões-Compulsões (0,75) e a Somatização (0,65). No sentido inverso e com os valores médios mais baixos encontramos as dimensões da Sensibilidade Interpessoal (0,32), a Ansiedade Fóbica (0,37) e o Psicoticismo (0,40).

De acordo com os dados obtidos a partir do Inventário de Ansiedade de Beck (analisado no anteriormente) podemos afirmar que os resultados de ambos os instrumentos se complementam. Tínhamos verificado que os elementos do sexo feminino que são os mais representativos da amostra, apresentavam os níveis de ansiedade mais elevados, e após a análise dos resultados BSI verificamos também vez que a dimensão mais significativa foi a da *Ansiedade*. Na correlação entre os diagnósticos de admissão e as categorias das reacções verificamos uma correlação estatisticamente significativa apenas na categoria da *Ansiedade*. Podemos então concluir que a Ansiedade é um dos sintomas mais significativos apresentados pelos familiares dos doentes internados pela primeira vez num serviço de psiquiatria.

Tabela 16 - Resultados descritivos obtidos nas dimensões e índices

Dimensões/Índices	$\bar{X}$	Dp.
Somatização	0,65	0,98
Obsessões-Compulsões	0,75	1,00
Sensibilidade Interpessoal	0,32	0,71
Depressão	0,85	1,23
<b>Ansiedade</b>	<b>1,37</b>	<b>1,31</b>
Hostilidade	0,93	1,12
Ansiedade Fóbica	0,37	0,82
Ideação Paranóide	0,76	1,08
Psicoticismo	0,40	0,79
IGS (Índice Geral de Sintomas)	1,03	1,13
TSP (Total Sintomas Positivos)	109	
<b>ISP (Índice de Sintomas Positivos)</b>	<b>1,88</b>	1,02

Tendo como referência Canavarro (2008, p.316), que validou o BSI para a população portuguesa, consideramos o ponto de corte entre a população geral e os indivíduos que podem apresentar uma perturbação

emocional é para ISP igual ou maior a 1,7. Podemos concluir que em termos médios os familiares participantes neste estudo demonstram valores indicadores de algum tipo de perturbação emocional (sintomatologia psicopatológica), sendo o valor médio do ISP de 1,88.

### 1.5.1 - Somatização

Na dimensão da Somatização podemos verificar que a maioria dos resultados obtidos está centralizado nas opções *Nunca* e *Poucas Vezes*; na opção *Algumas vezes* o item 37) *Falta de forças em partes do corpo* representa o valor mais elevado com 18% (n=9) das respostas; tendo apenas uma ínfima parte das respostas (n=2, 4%; n=1, 2%) na opção *Muitíssimas vezes*, relativamente aos itens 33) *Sensação de anestesia no corpo* e 29) *Sensação de falta de ar*, respectivamente.

Tabela 17 - Itens da Somatização

Somatização	<i>Nunca</i>	<i>Poucas vezes</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Muitíssimas vezes</i>
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
2) Desmaios ou tonturas	35 (70)	10 (20)	5 (10)	0	0
7) Dores sobre o peito ou no coração	25 (50)	15 (30)	7 (14)	3 (6)	0
23) Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	29 (58)	16 (32)	3 (6)	2 (4)	0
29) Sensação de falta de ar	35 (70)	4 (8)	5 (10)	5 (10)	1 (2)
30) Calafrios ou afrontamentos	31 (62)	7 (14)	7 (14)	5 (10)	0
33) Sensação de anestesia no corpo	34 (68)	7 (14)	2 (4)	5 (10)	2 (4)
37) Falta de forças em partes do corpo	30 (60)	7 (14)	9 (18)	4 (8)	0

### 1.5.2 - Obsessões-Compulsões

Relativamente aos itens que compõem a dimensão das Obsessões-Compulsões, a maioria dos participantes referiu *Nunca* ter experienciado grande parte dos sintomas, sendo que a opção *Algumas vezes* também

apresenta valores significativos nesta dimensão, principalmente no “32) *Sensação de vazio na cabeça*” e “36) *Ter dificuldade em se concentrar*” ambos com n= 18 (36%).

Tabela 18 - Itens das Obsessões-Compulsões

Obsessões-Compulsões	<i>Nunca</i>	<i>Poucas vezes</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Muitíssimas vezes</i>
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
5) <i>Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes</i>	28 (56)	8 (16)	11 (22)	3 (6)	0
15) <i>Dificuldade em fazer qualquer trabalho</i>	37 (74)	4 (8)	8 (16)	1 (2)	0
26) <i>Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz</i>	36 (72)	5 (10)	6 (12)	3 (6)	0
27) <i>Dificuldade em tomar decisões</i>	32 (64)	10 (20)	7 (14)	1 (2)	0
32) <i>Sensação de vazio na cabeça</i>	26 (52)	2 (4)	18 (36)	4 (8)	0
36) <i>Ter dificuldade em se concentrar</i>	21 (42)	5 (10)	18 (36)	6 (12)	0

### 1.5.3 - Sensibilidade Interpessoal

Na dimensão da Sensibilidade Interpessoal os resultados obtidos centram-se quase na totalidade na opção *Nunca*, sendo apenas de salientar uma pequena variação no item “20) *Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos*” em 18% (n=9) referiram *Algumas vezes*.

Tabela 19 - Itens da Sensibilidade Interpessoal

Sensibilidade Interpessoal	<i>Nunca</i>	<i>Poucas vezes</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Muitíssimas vezes</i>
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
20) <i>Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos</i>	33 (66)	6 (12)	9 (18)	2 (4)	0
21) <i>Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si</i>	40 (80)	4 (8)	5 (10)	1 (2)	0
22) <i>Sentir-se inferior aos outros</i>	46 (92)	1 (2)	3 (6)	0	0
42) <i>Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas</i>	44 (88)	3 (6)	3 (6)	0	0



### 1.5.4 - Depressão

Nos itens relacionados com a dimensão da Depressão verificamos diferentes níveis na distribuição das respostas. Nos itens: “9) *Pensamentos de acabar com a vida*”; “18) *Não ter interesse por nada*” e “50) *Sentir que não tem valor*”, as percentagens que rondam entre os 80-90% centram-se maioritariamente na opção *Nunca*. Em oposição o “17) *Sentir-se triste*”, apresenta as percentagens das respostas dos familiares a rondar os 20% equitativamente nas opções *Algumas vezes*, *Muitas vezes* e *Muitíssimas vezes*.

Os itens: “16) *Sentir-se sozinho*” e “35) *Sentir-se sem esperança perante o futuro*”, apresentam uma distribuição percentual mais equilibrada entre as opções *Nunca*, *Poucas vezes* e *Algumas vezes*. O item 17) *Sentir-se triste* é muito significativo na opção *Muitíssimas vezes* com 26% (n=13) das respostas.

Tabela 20 - Itens da Depressão

Depressão	<i>Nunca</i>	<i>Poucas vezes</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Muitíssimas vezes</i>
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
9) <i>Pensamentos de acabar com a vida</i>	47(94)	1 (2)	0 (0)	1 (2)	1 (2)
16) <i>Sentir-se sozinho</i>	22 (44)	11 (22)	14 (28)	3 (6)	0
17) <i>Sentir-se triste</i>	2 (4)	7 (14)	14 (28)	14 (28)	13 (26)
18) <i>Não ter interesse por nada</i>	43 (86)	1 (2)	2 (4)	4 (8)	0
35) <i>Sentir-se sem esperança perante o futuro</i>	26 (52)	8 (16)	14 (28)	1 (2)	1 (2)
50) <i>Sentir que não tem valor</i>	44 (88)	2 (4)	3 (6)	1 (2)	0

### 1.5.5 - Ansiedade

A dimensão que representa a Ansiedade é a que apresenta uma maior dispersão nas respostas dos participantes. As percentagens distribuem-se nas diferentes opções de uma forma tendencialmente uniforme, no entanto a opção *Nunca* continua a ter valores significativos dos resultados, sendo

de destacar que a opção *Muitíssimas vezes* apresentou dois itens com 18% (n=9): o “1) Nervosismo ou tensão interior” e o “38) Sentir-se em estado de tensão e aflição”.

Tabela 21 - Itens da Ansiedade

Ansiedade	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
1) Nervosismo ou tensão interior	4 (8)	8 (16)	12 (24)	17 (34)	9 (18)
12) Ter um medo súbito sem razão para isso	24 (48)	2 (4)	14 (28)	9 (18)	1 (2)
19) Sentir-se atemorizado	21 (42)	8 (16)	15 (30)	6 (12)	0
38) Sentir-se em estado de tensão e aflição	6 (12)	12 (24)	9 (18)	14 (28)	9 (18)
45) Ter ataques de terror ou pânico	31 (62)	9 (18)	8 (16)	2 (4)	0
49) Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	28 (56)	10 (20)	10 (20)	2 (4)	0

### 1.5.6 - Hostilidade

Relativamente aos valores da Tabela 22 referentes aos itens da Hostilidade, estes continuam a agrupar-se significativamente na opção Nunca, mas os itens “6) Aborrecer ou irritar-se facilmente” e “46) Entrar facilmente em discussão” já apresentam percentagens consideráveis nas opções *Algumas vezes*(36% e 34%) e *Muitas vezes*(26% e 22%), tendo ainda o valor de 8% e 2%, respectivamente, em *Muitíssimas vezes*.

Tabela 22 - Itens da Hostilidade

Hostilidade	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
6) Aborrecer ou irritar-se facilmente	4 (8)	11 (22)	18 (36)	13 (26)	4 (8)
13) Ter impulsos que não se podem controlar	34 (68)	10 (20)	6 (12)	0	0
40) Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	39 (78)	8 (16)	3 (6)	0	0
41) ter vontade de destruir ou partir coisas	40 (80)	7 (14)	3 (6)	0	0
46) Entrar facilmente em discussão	11 (22)	10 (20)	17 (34)	11 (22)	1 (2)

### 1.5.7 - Ansiedade Fóbica

Nesta categoria os resultados mantêm-se na mesma linha dos anteriores com a maior percentagem de respostas na opção *Nunca*; o item 28) apresenta 98% das respostas no *Nunca* e os restantes itens para além desta opção têm uma ligeira distribuição nas restantes opções, excepto na *Muitíssimas vezes* que não teve qualquer resposta.

Tabela 23 - Itens da Ansiedade Fóbica

Ansiedade Fóbica	<i>Nunca</i>	<i>Poucas vezes</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Muitas vezes</i>	<i>Muitíssimas vezes</i>
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
8) Medo na rua ou praças públicas	48 (96)	1 (2)	0	1 (2)	0
28) Medo de viajar de autocarro, de comboio ou metro	49 (98)	0	1 (2)	0	0
31) Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	32 (64)	5 (10)	12 (24)	1 (2)	0
43) Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	40 (80)	3 (6)	5 (10)	2 (4)	0
47) Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	38 (76)	6 (12)	4 (8)	2 (4)	0

### 1.5.8 - Ideação Paranóide

Na Ideação Paranóide apesar de existirem resultados pouco significativos em algumas das opções, continua a prevalecer percentualmente a opção do *Nunca* com valores entre os 66 e os 86%; a opção *Algumas vezes* apresenta valores de resultados consideráveis nos itens: “10) Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas” com 44% (n=22), e “51) A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si” com 36% (n=18).

Tabela 24 - Itens da Ideação Paranóide

Ideação Paranóide	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
4) Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	33 (66)	5 (10)	9 (18)	3 (6)	0
10) Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	21 (42)	2 (4)	22 (44)	4 (8)	1 (2)
24) Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	43 (86)	5 (10)	1 (2)	1 (2)	0
48) Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	42 (84)	4 (8)	1 (2)	3 (6)	0
51) A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	17 (34)	5 (10)	18 (36)	9 (18)	1 (2)

### 1.5.9 - Psicoticismo

Relativamente à dimensão do Psicoticismo, constatamos que para todos os itens que compõem esta dimensão, a maioria dos participantes referiu a opção *Nunca*.

Tabela 25 - Itens do Psicoticismo

Psicoticismo	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
3) Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	48 (96)	2 (4)	0	0	0
14) Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	36 (72)	4 (8)	9 (18)	1 (2)	0
34) Ter a ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados	33 (66)	4 (8)	12 (24)	1 (2)	0
44) Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	43 (86)	1 (2)	6 (12)	0	0
53) ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	35 (70)	3 (6)	11 (22)	1 (2)	0

Após a análise de todos os resultados referentes às dimensões do BSI, concluímos que a maioria das respostas dos familiares inquiridos representa a opção *Nunca* ter sentido os sintomas descritos nos itens. Apenas a

dimensão da Ansiedade apresentou uma maior dispersão nos valores obtidos, e na dimensão da Depressão é de salientar o item “17) *Sentir-se triste*” porque foi o único que apresentou valores muito significativos para as opções *Muitas vezes* e *Muitíssimas vezes*.

## 2 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O doente não pode ser visto como um ser isolado, mas como um ser bio-psico-social que está inserido num contexto familiar e social. Daí que a intervenção dos enfermeiros junto da família, seja parte integrante da recuperação da situação de crise por parte do doente e, consequentemente da família.

Cada indivíduo desenvolve a sua individualidade de acordo com os diversos papéis, estatutos, funções e interacções que desempenha em simultâneo; sendo que na família cada elemento tem o seu lugar independentemente da estrutura e contribui para o seu equilíbrio.

Nesta linha de pensamento, consideramos que apesar do estudo se centrar nas reacções dos familiares num primeiro contacto com o internamento em psiquiatria, também foi importante integrar algumas características e informações relativas ao familiar doente que se encontrava internado.

A discussão dos resultados consiste em “(...) *interpretar os resultados obtidos em relação ao problema, as questões de investigação ou as hipóteses e a estabelecer comparações e contrastes com trabalhos anteriores que incidiram sobre o mesmo fenómeno*” (Fortin, 1999, p.346).

Consumada a apresentação e interpretação dos resultados obtidos face ao objectivo de estudo e natureza desta investigação, urge analisar o conhecimento produzido, face ao quadro teórico consultado e ao objectivo preconizado. Neste capítulo iremos analisar os aspectos mais relevantes do estudo empírico, abordaremos brevemente os resultados obtidos, as interpretações daí resultantes, e algumas observações às limitações da amostra e dos instrumentos de colheita de dados. Os resultados obtidos

foram tratados, apresentados sob a forma de tabelas e quadros e analisados de um modo reflexivo; os dados mais relevantes foram realçados a negro.

A amostra é constituída por 50 familiares que reuniam os critérios definidos e que se disponibilizaram a participar no estudo; foi uma amostra aleatória para permitir generalizações.

A opção de se ter realizado uma entrevista com a presença do investigador principal, foi para facilitar a aplicação do questionário (que agora consideramos extenso e compreendia questões abertas) e esclarecer eventuais dúvidas ao seu preenchimento.

Consideramos uma mais valia a opção de utilizarmos escalas já validadas para a população portuguesa que permitiu uma análise e comparação de dados fidedigna.

Como já referimos anteriormente, apesar de os doentes não serem intervenientes directos no estudo, ressaltamos algumas características que valorizam os resultados.

Relativamente aos doentes internados, e no que consta à distribuição de acordo com o sexo esta é equitativa, a média de idades situa-se nos 54 anos, 98% são de nacionalidade portuguesa, são maioritariamente casados e destacam-se na situação profissional os reformados e os desempregados. Os diagnósticos de admissão dos doentes são de acordo com o DSM-IV e foram considerados os atribuídos no momento da admissão, os Quadros Depressivos e as Psicoses foram os mais significativos. Se tivermos em conta a realidade actual e as dificuldades emocionais e financeiras que a população portuguesa atravessa, podemos considerar que a nossa amostra está adequada ao momento que vivemos porque muitas situações são reactivas a *life-events*, como o desemprego e instabilidade familiar. 62% dos doentes já era acompanhado em consulta psiquiátrica há pelo menos 2 anos. Em relação ao consumo de substâncias aditivas o *Não* foi representativo com 70% da amostra, estando de acordo com os diagnósticos de admissão de Comportamentos Aditivos que foram apenas 4%.

No que concerne aos familiares dos doentes internados que foram os participantes inquiridos no estudo, estes são maioritariamente (74%) do sexo feminino, com uma média de 47 anos de idade, casadas, com o ensino preparatório completo (9ºano de escolaridade) e 44% da amostra ainda se encontra numa situação profissional activa. Uma parte muito significativa

dos inquiridos já tinha percebido uma “mudança” no seu familiar doente, sendo o discurso, as atitudes e o comportamento as alterações mais percepcionadas. Relativamente ao momento da admissão num hospital psiquiátrico, 88% considerou que foi um momento stressante para si.

No que diz respeito às reacções dos familiares, que são o fundamento deste estudo, esta questão foi tratada de forma qualitativa, com duas questões abertas às quais responderam a totalidade dos inquiridos, com um total de 250 reacções descritas sendo o número médio de reacções por participante de 5. De acordo com o sexo a distribuição das reacções foi mais expressiva nas mulheres.

Não é possível efectuar uma comparação dos dados obtidos até ao momento, porque o quadro teórico relacionado com os familiares e o primeiro contacto com o internamento em psiquiatria é quase inexistente, sendo possível de seguida considerar os resultados obtidos relativamente às categorias das reacções com algumas referencias bibliográficas.

A categorização das reacções verbalizadas pelos familiares permitiu compilar as respostas verbalizadas e proceder à sua respectiva análise, tendo sido definidas cinco categorias: *Cognitivas*, *Fisiológicas*, *Comportamentais*, *Ansiedade* e *Outras*. Estas categorias correspondem a sintomas reactivos a situações de stress, sendo que consideramos que o internamento em psiquiatria pela primeira vez é uma situação stressante, uma vez que 88% dos inquiridos também o afirmaram. Verificamos que as mais relevantes e significativas foram as reacções *Cognitivas*(41%), seguidas de *Outras*(com 33% e onde se consideraram as respostas que não se enquadravam no stress nem na ansiedade) e num nível intermédio as *Fisiológicas* (18%). Estes resultados estão de acordo com o quadro teórico adoptado, porque foram relatadas reacções semelhantes às descritas por Sánchez e Amor (2002) e por Pereira (2008) no âmbito cognitivo e fisiológico, e por Townsend (2011) numa perspectiva fisiológica/biológica, relativamente ao Stress.

Concluimos também que as reacções demonstradas e descritas não diferem de acordo com o sexo dos participantes, porque a distribuição pelas respectivas categorias foi semelhante em ambos os sexos.

Relativamente à questão das reacções dos familiares estarem relacionadas com o diagnóstico de admissão, que pela nossa experiência



profissional é um dos aspectos que mais preocupa os familiares (talvez pelo estigma das doenças psiquiátricas), verificamos que as categorias *Cognitivas*, *Outras* e *Fisiológicas* continuam a apresentar os valores percentuais mais significativos independentemente dos grupos psicopatológicos, sendo que os Quadros Depressivos e as Psicoses são os que englobam o maior número de reacções. Concluimos então que a distribuição percentual das categorias das reacções se mantém igual à descrita anteriormente, independentemente do diagnóstico de admissão, não existindo diferenças estatisticamente significativas.

Na nossa opinião muitas vezes os sintomas de ansiedade são banalizados porque são considerados “normais” perante situações de stress ou de apreensão. Neste estudo a *Ansiedade* foi considerada uma categoria no que diz respeito às reacções, mas também foi parametrizada por um inventário validado para a população portuguesa (BAI), no sentido de se validar os resultados obtidos.

Relativamente à categoria *Ansiedade*, na análise das respostas dos participantes esta foi pouco significativa com apenas 6% dos resultados, mantendo-se assim também em relação aos diagnósticos de admissão, sendo apenas nas Psicoses ligeiramente mais elevada que nos restantes grupos, sendo a única categoria com uma correlação estatisticamente significativa. Em contrapartida a aplicação do BAI contrariou estes dados, demonstrando que todos os participantes apresentaram algum nível de ansiedade; sendo que os elementos do sexo masculino apresentam ansiedade num nível mínimo ou leve, e os elementos do sexo feminino destacam-se nos níveis de ansiedade moderada e severa. Estes valores estão em sintonia com Sadock & Sadock (2008) que consideram que as mulheres têm mais probabilidade de apresentar um transtorno de ansiedade do que os homens. Townsend (2011, p.17) considera que “*Níveis baixos de ansiedade são adaptativas e podem fornecer a motivação requerida para a sobrevivência*”, adequando-se os valores do sexo masculino a esta afirmação; no entanto e de acordo com este autor os níveis mais elevados de ansiedade caracterizam-se por reacções físicas e comportamentais, o que não se verificou no nosso estudo porque as mulheres apresentaram altos níveis de ansiedade, no entanto as suas reacções mais significativas foram no âmbito das categorias *Cognitivas*

(41%) e em *Outras* (34%), ficando as reacções *Fisiológicas* (17%) num nível intermédio e as *Comportamentais* (2%) com valores insignificantes.

Em relação à presença de sintomatologia psicopatológica nos familiares participantes no estudo, esta foi parametrizada pela aplicação do BSI (que também se encontra validado e pode ser aplicado à população portuguesa em geral) que apresentou para este estudo valores de consistência interna aceitáveis para quase todas as dimensões, à excepção da Ansiedade Fóbica e do Psicoticismo. A dimensão que mais se destacou foi a Ansiedade com o valor médio mais elevado (1,37), seguida da Hostilidade (0,93), sendo a dimensão com valores mais reduzidos a Sensibilidade Interpessoal (0,32).

Segundo a referência de Canavarro (2008, p.316), consideramos o ponto de corte entre a população geral e os indivíduos que podem apresentar uma perturbação emocional de ISP igual ou maior a 1,7 (segundo a mesma autora, este valor foi obtido a partir das médias e desvios-padrão obedecendo à formula de Fisher); em termos médios os familiares participantes neste estudo demonstraram valores indicadores de algum tipo de perturbação emocional (sintomatologia psicopatológica), sendo o valor médio do ISP de 1,88.

Segundo Canavarro (1999), citado in Almeida, Gonçalves, Machado & Simões (2008, p.305), a dimensão da Ansiedade “*é composta por sintomas e sinais associados clinicamente a elevados níveis de manifestações de ansiedade. Sinais como o nervosismo e tensão estão incluídos, tal como ataques de pânico e ansiedade generalizada. Componentes cognitivas que envolvem apreensão e alguns correlatos somáticos da ansiedade são também considerados*”. Esta dimensão do BSI inclui os itens: (1) *Nervosismo ou tensão interior*, (12) *Ter um medo súbito sem razão para isso*, (19) *Sentir-se atemorizado*, (38) *Sentir-se em estado de tensão ou aflição*, (45) *Ter ataques de terror ou pânico* e (49) *Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto*. Verificamos que estes itens, apesar de estarem incluídos num instrumento validado, estão também em consonância com o descrito por Sadock & Sadock (2007) relativamente à ansiedade.

Neste instrumento as respostas são dadas através de uma escala de *Lickert*, e a opção *Muitíssimas vezes* foi nula em quase todas as dimensões,

à excepção da Ansiedade que apresentou valores percentuais significativos(18%) em dois itens (1 e 38), na Depressão no item (17)Sentir-se triste com 26% (foi o mais elevado em todo o BSI) e na Hostilidade no item (6)Aborrecer ou irritar-se facilmente (8%).

Os instrumentos de colheita de dados complementam-se e confirmam que a reacção da Ansiedade foi a mais significativa para esta amostra, o que pode ser justificado pelo facto da percentagem mais representativa da amostra ser do sexo feminino, que é também a que apresenta os níveis de ansiedade mais elevados segundo o Inventário de Ansiedade de Beck e por ser a única dimensão do BSI com 2 itens assinalados na opção *Muitíssimas* vezes; contrariamente aos resultados obtidos das reacções verbalizadas, nos quais a ansiedade e as reacções comportamentais apresentam valores mínimos.

Não podemos terminar este capítulo sem referenciar que uma das questões que integrava o questionário, na qual se pretendia caracterizar o momento de admissão na instituição e as expectativas dos familiares, não teve resultados conclusivos, porque a maioria dos familiares inquiridos não acompanhou o doente no momento da admissão, como tal as respostas Não Aplicável (N/A) são as mais frequentes. Os familiares que presenciaram o momento da admissão, evidenciaram algumas necessidades (sob a forma de sugestões) que englobam:

- Feedback por parte da equipa de saúde;
- Suporte emocional;
- Disponibilizar informação oral e escrita (fornecer documentos ou folhetos com as informações mais pertinentes relativas ao internamento e ao funcionamento do serviço);
- Oportunidade para esclarecer dúvidas;
- Conhecer o serviço;

Relativamente ao feedback por parte da equipa de saúde, a família necessita que as suas acções e decisões sejam validadas, que a escutem e lhe ofereçam a possibilidade de falar.

O ideal seria que cada família fosse acolhida e atendida com uma primeira entrevista personalizada e individualizada, por parte do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria. O stress, a tristeza e a culpa são alguns dos sentimentos negativos que surgem, por vezes,

associados à convivência com o familiar doente e em muitas situações ao consequente internamento; a intervenção especializada por parte dos enfermeiros num primeiro contacto com a psiquiatria, iria com toda a certeza atenuar estes sentimentos. Actualmente a gestão das instituições é em função de números e de resultados e a escassez dos recursos humanos reflecte-se na qualidade dos cuidados prestados.

A enfermagem de saúde mental reconhece a interacção entre a família e saúde mental dos membros desta. Aborda as necessidades de cuidados de saúde psiquiátricos e mentais do indivíduo dentro do contexto da família tratando simultaneamente as necessidades da família como um todo.

## CONCLUSÃO

Motivados a enveredar pela investigação, uma temática invadiu os nossos pensamentos, a família. Percepcionávamos o tema que queríamos compreender de forma mais aprofundada, mas não sabíamos como o abordar. *“Desejamos que este trabalho seja útil e resulte em proposições concretas, mas temos a sensação de nos perdermos nele ainda antes de o termos realmente começado”* (Quivy & Campenhoudt, 2005, p.20). Quivy não poderia expressar de forma mais fidedigna o que sentimos no início deste desafio, que é a investigação científica.

Este trabalho de investigação foi a oportunidade para investirmos numa área que já há muito despertava o nosso interesse... a família. Esta, apesar de ser alvo de investimentos nas diferentes especialidades de enfermagem, encontra-se ainda subdesenvolvida na área da saúde mental e psiquiatria, embora a sua importância seja reconhecida pelos profissionais como essencial às boas práticas. Descurada por desconhecimento ou por inexperiência do contacto directo com a família, a sua importância é muitas vezes negligenciada.

Em sintonia com a evolução e desenvolvimento das políticas na área da saúde mental, nomeadamente o Plano Nacional de Saúde Mental, concordamos que os enfermeiros de saúde mental e psiquiatria devem assumir e defender posições cada vez mais autónomas e planeadas, essencialmente ao nível da promoção da saúde mental e da prevenção de sintomatologia psiquiátrica, ao nível da comunidade.

Todo o trabalho de investigação cumpre etapas essenciais no seu desenvolvimento, e este não foi excepção, organizando-se em três partes: o enquadramento conceptual, onde foram apresentados os conteúdos constituintes do quadro conceptual e que foram o suporte da investigação,

devidamente fundamentados em referências bibliográficas; na segunda parte está incluído o enquadramento metodológico com a descrição de todos os procedimentos metodológicos que envolveram a colheita de dados e respectivos instrumentos, assim como a previsão de tratamento e análise dos dados; na terceira parte encontramos a descrição do estudo empírico com a apresentação e análise dos dados e a respectiva discussão dos resultados.

O estudo agora finalizado, teve como principal propósito conhecer as reacções dos familiares de doentes com o primeiro contacto com o internamento em psiquiatria, e a presença de sintomatologia psiquiátrica nos mesmos. Reconhecendo que os resultados do estudo são limitados, não gostaríamos que isso fosse um entrave ao contributo deste para a formação dos enfermeiros e para a uma enfermagem que baseia a sua prática em evidências.

Com base nos dados mais relevantes, sintetizaremos algumas conclusões.

Apesar de não serem intervenientes activos no estudo, relativamente à caracterização do doente realçamos apenas os dados que consideramos mais significativos e que poderiam influenciar as reacções dos familiares: o diagnóstico de admissão e os antecedentes de acompanhamento psiquiátrico em consulta. Os diagnósticos de admissão com maior destaque da amostra foram os quadros depressivos, e mais de metade dos doentes já tinham acompanhamento psiquiátrico em consulta.

Relativamente à caracterização dos familiares, concluímos que a amostra é constituída maioritariamente por mulheres, com uma idade média de 47 anos, casadas, com o ensino preparatório de escolaridade, no activo e que quase na sua totalidade já tinham percepcionado mudanças no comportamento do seu familiar doente. A maioria dos participantes admitiu que a admissão pela primeira vez num serviço de psiquiatria foi um momento stressante, e o número médio de reacções por familiar foi de quatro.

No sentido de responder aos objectivos traçados inicialmente, foi possível conhecer as reacções e expectativas dos familiares, assim como analisar as mesmas. As reacções descritas pelos familiares foram em consonância com o quadro teórico de referência. Foi necessário definir uma

categoria onde se enquadrassem as reacções que não estavam categorizadas na literatura e que foi denominada como *Outras*. Em relação ao Stress as reacções mais relevantes foram no âmbito cognitivo (quase metade da amostra e equitativas em ambos os sexos) e na categoria de *Outras*, sendo que na literatura o âmbito fisiológico apresenta sintomas de destaque que neste estudo ficaram num nível intermédio. Em relação à Ansiedade, quando analisadas as reacções, esta estava presente apenas numa pequena minoria, mas depois ficou demonstrado através do BAI que está presente em todos os familiares, sendo que as mulheres apresentam níveis de ansiedade mais elevados do que os homens.

No que concerne à relação entre as categorias das reacções em função do diagnóstico de admissão, verificamos que em todos os grupos psicopatológicos as reacções mais significativas foram nas categorias *Cognitivas* e *Outras*, não se destacando nenhum dado em particular, e que foi apenas no grupo das *Psicoses* que a categoria Ansiedade se destacou ligeiramente.

No âmbito da sintomatologia psicopatológica avaliada pela aplicação do BSI, os dados considerados mais significativos para o estudo foram na dimensão da Ansiedade, e os valores médios dos resultados dos participantes indicam-nos e permitem-nos confirmar algum tipo de perturbação emocional nesta amostra. Assim, o objectivo de identificar se os familiares manifestavam algum tipo de sintoma psicopatológico foi atingido na totalidade.

É de salientar a importância da utilização de instrumentos validados porque nos permitiu afirmar com certeza a presença de sintomatologia psicopatológica, em comparação com o que foi verbalizado pelos familiares. Isto comprova-se na Ansiedade, que após a aplicação dos inventários verificamos ser uma das reacções mais significativas, no entanto em oposição, os resultados da questão aberta do questionário demonstraram que a categoria da Ansiedade apresentou valores menos significativos.

Uma das questões do questionário pretendia caracterizar apenas o momento de admissão e a actuação dos profissionais de enfermagem, no entanto os resultados foram inconclusivos porque a maioria dos inquiridos

não esteve presente nesse momento e como tal as respostas a esta questão são na sua maioria no item *Não aplicável*.

No decorrer do estudo foram surgindo algumas limitações que referenciamos e consideramos pertinentes.

Inicialmente as dificuldades relacionaram-se com os pedidos de autorização e todo o processo burocrático, o que provocou o adiamento da colheita de dados e limitou o tempo previsto para a mesma.

Relativamente ao quadro teórico a escassez de bibliografia relacionada com os familiares e o primeiro contacto com a psiquiatria, também foi um factor dificultador neste estudo, em comparação com as referências relacionadas com a patologia esquizofrénica e o apoio ao familiar do doente crónico que são em grande número.

Apesar de o número de admissões na instituição onde foi realizado o estudo ser cada vez maior, a amostra não foi mais significativa por alguns familiares não se mostrarem disponíveis em participar, e porque em muitas situações os doentes são fora da área assistencial do hospital e como tal são transferidos num curto espaço de tempo para outras instituições “perdendo-se” potenciais participantes. Como tal consideramos este resultado uma limitação ao estudo.

Verificamos durante a aplicação do questionário que este era extenso, e no processo de análise e tratamento de dados muitas das questões não foram pertinentes para os resultados do estudo.

Muitos dos inquiridos, ao longo das entrevistas, referiram que entendiam que não se conseguia prestar cuidados individualizados e personalizados à família (principalmente no momento da admissão), devido à insuficiência de pessoal de enfermagem para dar respostas às necessidades dos doentes e seus acompanhantes, e à priorização dos cuidados.

No geral, e em concordância com pesquisa do quadro teórico concluímos (de uma forma mais específica) que os sentimentos mais referenciados pelos familiares de doentes com doença mental e psiquiátrica (num primeiro contacto com o internamento) são: tristeza, medo, vergonha, culpa, a preocupação com o futuro, a impotência e o alívio.



Com o término deste trabalho e apoiando-nos nas suas conclusões, consideramos que os objectivos estabelecidos foram atingidos na íntegra, uma vez que foram descritas as reacções dos familiares com o primeiro contacto com o internamento em psiquiatria, e foi confirmada a presença de sintomatologia psicopatológica nos mesmos.

Sendo um estudo quantitativo com uma breve abordagem qualitativa e apesar do número de entrevistados ser reduzido (n=50) dificultando a sua generalização, o carácter exploratório deste estudo e a importância dos resultados não devem ser invalidados.

Este estudo sistemático de fenómenos que conduzirão à descoberta e ao aumento de saberes específicos, têm como principal objectivo introduzir mudanças e consequentes melhorias. O objectivo desta investigação foi também neste sentido, querer mudar e melhorar as ideias pré-concebidas e estigmatizadas que as pessoas têm ao contactar com a psiquiatria. Na linha do que observamos quando interagimos com os doentes e familiares num primeiro internamento em psiquiatria, verificávamos que apresentavam comportamentos e atitudes “stressantes e ansiosas” e foi deste ponto de partido que se foi desenrolando este estudo no sentido de conhecer as reacções mais comuns dos familiares e a presença de sintomatologia psicopatológica.

Se no momento da admissão, os profissionais de enfermagem se mostrarem interessados em saber quais as reacções ao internamento e principais preocupações do doente e seus familiares, estes sentir-se-ão mais apoiados. Quando as pessoas estão emocionalmente abaladas não ouvem nem retêm de forma eficaz e clara, como tal o ideal seria que o enfermeiro no primeiro contacto com a família (preferencialmente no momento da admissão) realizasse uma entrevista para colher dados relativos ao doente e à situação que despoletou o internamento, transmitir informações pertinentes sobre o mesmo, mas acima de tudo ouvir os familiares e tranquilizá-los.

Em alguns casos, a família pode não acompanhar o doente no momento da admissão na instituição, devido à situação de crise familiar, por aconselhamento médico (devido ao modo de expressão da doença, como por exemplo, alteração do pensamento relacionado com os familiares e consequente agressividade) ou mesmo por desconhecimento do

internamento (muitas vezes os doentes são conduzidos aos serviços de saúde pelas autoridades, vizinhos ou amigos), nestes casos a intervenção à família deve ser com a maior brevidade possível.

A família procura a ajuda e o apoio dos profissionais de saúde mental e psiquiatria por sentirem dificuldade em lidar com as situações de crise, pelos conflitos familiares que emergem da destabilização do doente, pelos sentimentos de culpa e impotência, e por não conseguirem ultrapassar o estigma e a discriminação a que muitas vezes são sujeitos.

O ideal seria que as atitudes dos enfermeiros fossem essencialmente atenções positivas, direccionadas ao doente e familiares que o acompanham, no sentido de produzirem um efeito tranquilizador e redutor das emoções vivenciadas perante a situação de doença e iminente internamento.

Muitos dos profissionais não conseguem ter a sensibilidade e habilidades para atender às necessidades de apoio e suporte emocional à família. O enfermeiro da área da Saúde Mental e Psiquiatria deve possuir estas características de modo a perceber se a família está ou não distante do seu doente, e se tem disponibilidade para se envolver no cuidar do seu familiar.

A elaboração deste estudo de investigação proporcionou uma oportunidade única de aprendizagem, consolidação de conhecimentos e competências no desempenho das nossas funções enquanto enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria, e permitiu aprofundar competências na área da investigação em enfermagem. Gostaríamos que fosse uma motivação para que outros continuem a investir na temática da família na área da saúde mental e psiquiatria, através da investigação, impulsionando a psico-educação e melhorando o atendimento e a prestação de cuidados de enfermagem nas instituições.

Ultrapassadas as dificuldades do percurso e após meses de trabalho contínuo, reconhecemos que este trabalho foi muito gratificante, superou as expectativas iniciais pela positiva, e foi um contributo muito interessante nesta aprendizagem contínua... que é a vida!

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AFONSO, P. - *Esquizofrenia: Conhecer a Doença*. Lisboa: Climepsi Editores, 2002
- ALARCAO, M. - *(Dê)sEquilíbrios Familiares*. Coimbra: Edições Quarteto, 2002
- AMARAL, A.C. - *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE*. Loures: Lusociência, 2010
- BAGAGEM, M.P.M.S. - *A Família e a Saúde Mental*. Coimbra, Lusociência, 2010
- BARDIN, L. - *Análise de conteúdo*. 3ªed., Lisboa: Edições 70, 2004
- BASTEIRO, S.; GIL, C. M.; MARIN, R. - *Guia para familiares de Doentes Mentais*. Lisboa: Edição Portuguesa, 2003
- CABRAL, R.; CHAVES, A. - *Conhecimento sobre a doença e expectativas do tratamento em familiares de pacientes no primeiro episódio psicótico: um estudo transversal*. Revista Psiquiatria RS jan/abr 2005; 27 (1):p.32-38 [Consult. Em 18 Julho.2014]. Disponível na Internet: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v27n1/v27n1a04.pdf>
- CANAVARRO, M. - *Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal*. In: SIMÕES, M. et al - *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. Vol. III, Coimbra: Quarteto, 2008. ISBN: 978-989-558-101-6
- CARMO, H.; FERREIRA, M.M. - *Metodologia da investigação - guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta, 1998

- CARVALHO, J. C. - *Esquizofrenia e família: repercussões nos filhos e cônjuge*. Porto: Universidade do Porto, 2011. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem
  
- CARVALHO, J.C. - *Diagnósticos e intervenções de enfermagem centradas no processo familiar, da pessoa com esquizofrenia*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (8), 2012, p.52-57
  
- CARVALHO, J.C.; FREITAS, P.; LEUSCHNER, A. & Olson, D. - *Healthy Functioning in Families with a Schizophrenic Parent*, *Journal of Family Psychotherapy*. 25:1, 1-11, DOI: 10.1080/08975353.2014.881685
  
- DINIS, C.; FERREIRA, T.; CARVALHO, J.C. - *Familiar cuidador da pessoa com psicose: satisfação na prestação de cuidados*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Ed. Esp. 1), p.59-64
  
- CLOSKEY, J. C.; BULECHEK, G. M. - *Classificação das Intervenções de Enfermagem NIC*; 3ªed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004
  
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) - Versão 2*. Santa Maria Feira: Ordem dos Enfermeiros, 2011
  
- COSTA, J. - *Sintomatologia psiquiátrica dos familiares cuidadores de doentes com internamento em cuidados intensivos*. Porto, 2012. Dissertação de Mestrado
  
- DEROGATIS, L. - *The Brief Symptom Inventory (BSI): Administration and Procedures - Manual*. Baltimore: Clinical Psychometric Research, 1982
  
- FERREIRA, L.; FIRMINO, P.; FLORIDO, P.; GAMANHO, D.; JORGE, L. - *Perspectiva histórica dos cuidados de enfermagem ao doente mental*. Psilogos Volume 03, Nº1, Junho 2006; Editora: Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, E.P.E, Coimbra, 2006  
Disponível em <http://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/536>
  
- FHANEUF, M.- *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*; Loures: Lusodidacta Editora, 2002
  
- FIGUEIREDO, M.H.- *Enfermagem de família: um contexto do cuidar*. Porto: Universidade do Porto, 2009. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem

- FORTIN, M.F. - *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência Edições Técnicas e Científicas, Lda, 1999
- HANSON, S.M.H.- *Enfermagem de cuidados de saúde à família -Teoria, prática e investigação*. 2ªed., Loures: Lusociência, 2005
- HICKS, C. - *Métodos de Investigação para Terapeutas Clínicos*. 3ªed. Lusociência, 2006.
- ISAACS, A. - *Enfermaria de salud mental y psiquiátrica*. 2ªed. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana Editora, 1998
- KAPLAN, H.; SADOCK, B. - *Compêndio de Psiquiatria*. 2.ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- MELO, M.L. - *A Comunicação com o Doente - certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência, 2005
- MINUCHIN, S. - *Família. Funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas Editora, 1990.
- NEEB, K. - *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusociência Editora, 1997.
- O'BRIEN, P.G. et al - *Enfermagem em saúde mental, uma integração de teoria e prática*. Lisboa: McGraw-Hill, 2002
- OLIVEIRA, J.H.B. - *Psicologia da Família*. Lisboa: Universidade Aberta, 2002.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento n.º 122/2011: *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. D.R. II Série. N.º 35 (2011-02-18), Parte E, p. 8648-8653.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento n.º 129/2011 - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. D.R. II Série. N.º 35 (2011-02-18), Parte E, p. 8669-8673.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Código deontológico do enfermeiro [Consult. Em 19 Agosto.2014]. Disponível na Internet: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

- PEREIRA, M.G.; MONTEIRO-FERREIRA, J. - *Stress Traumático: aspectos teóricos e intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores, 2003
  
- PEREIRA, N.G.G. - *Comunicação de enfermeiro/utente num serviço de urgência*. Lisboa: Universidade Aberta, 2008. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde
  
- PESTANA, M.; GAGEIRO, J. - *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 2.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2003
  
- PIRES, S. - *Externalização e Processamento Emocional e Social em Reclusos*. Aveiro: 2011. Dissertação de Mestrado
  
- PORTUGAL, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental; *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008
  
- PORTUGAL, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde; *Portugal Saúde Mental em Números-2013, Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa, 2013  
<http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2013.aspx>
  
- PORTUGAL, Observatório Português dos Sistemas de Saúde; *Relatório de Primavera 2014 - Saúde: síndrome de negação*. 2014  
<http://justnews.pt/documentos/file/Relatorio%20Primavera%202014%20-%2028junho1.pdf>
  
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. - *Manual de investigação em ciências sociais*. 4.<sup>a</sup>ed. Lisboa: Gradiva Editora, 2005
  
- RELVAS, A. P. - *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica*. 2.<sup>a</sup>ed. Porto: Afrontamento, 2000
  
- RIBEIRO, J.L.P. - *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto, Legis Editora/Livpsic, 2007
  
- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. - *Compêndio de Psiquiatria, Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 9.<sup>a</sup>ed. Porto Alegre: Artmed, 2007
  
- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. - *Manual Conciso de Psiquiatria Clínica*. 2.<sup>a</sup>ed. Porto Alegre: Artmed, 2008

- Sánchez, J. I. R.; Amor, J. L. M. - *Intervencion psicológica en las catástrofes*. Madrid: Editorial Síntesis, 2002
  
- SERRA; A. V. - *Distúrbio de stress pós-traumático*. Coimbra: Vale e Vale Editores, 2003
  
- SERRA; A. V. - *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição de autor, 2007
  
- SEQUEIRA, C. - *Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Edições Quarteto, 2006
  
- SIMS, A. - *Sintomas da Mente, Introdução à Psicopatologia Descritiva*. 4ªed. Libri-Faber, 2011
  
- STUART, G.W.; LARAIA, M.T. - *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e prática*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2001
  
- TAYLOR, C. - *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica*. 13ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992
  
- TELLES-CORREIA, D.; BARBOSA, A. - *Ansiedade e depressão em medicina, modelos teóricos e avaliação*. Acta Médica Portuguesa, 2009, p.89-98
  
- TOWNSEND, M. C. - *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2011.
  
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Relatório Mundial da Saúde, Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*; Lisboa: Direcção-Geral da Saúde/OMS, 2002  
[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf)
  
- WRIGHT, M.L.; LEAHEY, M.- *Enfermeiras e famílias*. 3ª ed. São Paulo: Roca Editora, 2002

## **ANEXOS**

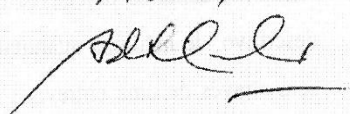


## **ANEXO I**

### **Documentos de Formalização da Candidatura**

(Requerimento ao Conselho de Administração da Instituição;  
Formulário de Proposta de Projecto de Investigação;  
Autorização do Conselho de Administração e da Comissão de Ética;  
Pedido de Autorização ao Director do Departamento de Internamento)

Carla Sofia Andrade Loureiro  
Rua 31 de Janeiro N°875-1ºDt  
4455-584 Perafita-Matosinhos  
[carlalourei@gmail.com](mailto:carlalourei@gmail.com)  
Contacto: 936285668

As D. F. I.  
140131  
  
António Leuschner  
Presidente do Conselho de Administração do  
Hospital de Magalhães Lemos, E.P. E.

Carla Sofia Andrade Loureiro, Enfermeira Especialista a exercer funções no Serviço de Intervenção Intensiva da referida instituição, na qualidade de aluna da Escola Superior de Enfermagem do Porto, a frequentar o 2º Ano do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, vem solicitar a Vossa Excelência a autorização para a recolha de dados para a realização de um estudo de investigação científico, orientado pelo Professor Doutor José Carlos Carvalho subordinado ao tema ***"Primeiro contacto com o internamento em psiquiatria: reacções e expectativas da família!"***

*"As famílias afectam a saúde dos seus membros, e os acontecimentos e práticas de saúde de cada indivíduo afectam toda a família." (Doherty, 1985).*

Quando a família se depara com um diagnóstico médico de uma doença mental num dos seus membros, vivencia uma série de sentimentos negativos, tais como: o stress, a tristeza e a culpa. O primeiro contacto com a família do doente realiza-se na maioria dos casos aquando da entrada do doente no serviço de internamento, e quando a família toma conhecimento de que o seu familiar tem uma doença mental, as suas emoções são comparáveis às que sentiria perante uma notícia de acidente ou catástrofe.

Nesse sentido, e exercendo a minha actividade profissional num serviço de intervenção intensiva de um hospital psiquiátrico, onde são admitidos doentes provenientes do serviço de urgência de psiquiatria, sendo a grande maioria "primeiros contactos", sinto curiosidade em saber quais as reacções e expectativas dos familiares de doentes internados pela primeira vez num serviço de psiquiatria. Pretende-se, como o presente estudo, atingir os seguintes objectivos:

- Conhecer as reacções dos familiares de doentes com o primeiro internamento em psiquiatria;
- Analisar as reacções dos familiares de doentes com o primeiro internamento em psiquiatria;
- Conhecer as expectativas dos familiares no primeiro contacto com o internamento de psiquiatria;
- Contribuir para melhorar a prestação dos cuidados de enfermagem, a doentes e familiares, no momento da admissão no primeiro internamento em psiquiatria;

Tento em conta os objectivos que se pretendem atingir, este estudo será do tipo exploratório-descriptivo, de natureza quantitativa com uma breve abordagem qualitativa. A recolha de dados será através de uma entrevista semi-estruturada a realizar aos familiares de doentes admitidos pela primeira vez no Serviço de Intervenção Intensiva desta instituição. Os instrumentos de recolha de dados incluem: um questionário com questões que abrangem as variáveis sócio-demográficas e clínicas do doente e do familiar, e questões que abordam a componente das reacções e das expectativas dos familiares; serão utilizados dois instrumentos de medida: Escala de Ansiedade de BECK e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).

Serão respeitados todos os princípios éticos inerentes à realização de um estudo desta natureza.

Neste sentido, solicito a V. Ex.<sup>a</sup> que se digne a autorizar a realização deste estudo permitindo a concretização da referida recolha de dados, a partir desta data, que depois de analisados me permitirão atingir os objectivos deste estudo. Estes dados serão somente usados para este fim e são confidenciais, pelo que o funcionamento da instituição não será posto em causa.

Certa da melhor compreensão por parte de V. Ex.<sup>a</sup> ao assunto em questão e, esperando uma resposta positiva ao meu pedido, grata pela atenção, apresento os melhores cumprimentos.

Pede deferimento,

Porto, 30 de Janeiro de 2014

Carla Sofia Andrade Loureiro



hospital de  
magalhães lemos



E.P.E.



SERVIÇO DE FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

**Formulário de Pedido de Autorização  
ao Conselho de Administração  
para realização do Projecto**

Exmo. Senhor  
Presidente do Conselho de Administração do  
Hospital de Magalhães Lemos, EPE

Carla Sofia Andrade Loureiro, vem por este meio  
(nome do candidato)

solicitar autorização para realizar um trabalho de investigação no Departamento/Serviço/Unidade  
de Internamento deste Hospital, subordinado ao tema

"primeiro contacto com o internamento em psiquiatria:  
Reacções e expectativas da família"

Para apreciação da proposta, junto se anexa o Formulário de Proposta de Projecto de Investigação, assim  
como o Curriculum Vitae e Protocolo do Projecto.

Pede deferimento.

Porto, 30 de Junho de 20 14

O Investigador

Carla Loureiro

Mod. 214 HML



hospital de  
magalhães lemos



E.P.E.



FORMULÁRIO DE PROPOSTA  
DE  
PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

Designação do Projecto: Primeiro contacto com o internamento em psiquiatria: reacções e expectativas da família

Nome do Investigador: Carla Sofia Andrade Loureiro

Data de início do projecto: Janeiro/2014 Data prevista para finalização do projecto: Julho/2014

Serviço(s) onde será desenvolvida a investigação: Departamento de Internamento

A investigação exige a utilização de materiais de avaliação? ☐ Não ☒ Sim

Quais? - Questionário SÚU - Demográfico e Clínico  
- Inventário da Ansiedade de Beck (BAI)  
- Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

População-alvo da investigação: Famílias de doentes internados pela primeira vez num internamento de psiquiatria.

Supervisor da investigação: Prof. Dr. José Carlos Convelho (ESEP)

Data: 30/01/2014

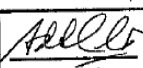
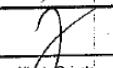
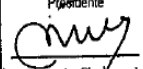

Carla Loureiro

Assinatura do Investigador

✓ / N/A a N/A a N/A a N/A

**COMISSÃO DE ÉTICA**  
HOSPITAL DE MAGALHÃES DE LEMOS

Parecer Nº 1 / 2014

HOSPITAL DE MAGALHÃES LEMOS, EPE	
Reunião do C.A. <u>6/2/14</u>	
Acta n.º <u>4</u> / 2014	
 António Leuschner Presidente	 Alberto Peixoto Vogal/Executivo
 Lemos e Silva Director Clínico	 João Teles Enfermeiro Director

**Identificação do(s) Proponente(s)**

**Nome(s):** Carla Sofia Andrade Loureiro

**Filiação Institucional:** Enfermeira, funcionária do Hospital de Magalhães  
mestrado em enfermagem na Escola Superior de Enfermagem do Porto

**Investigador Responsável/orientador:** Doutor José Carlos Carvalho

**Título do Projeto:** *Primeiro contacto com o internamento em psiquiatria: reacções e expectativas da família*

O projeto é justificado e pretende estudar as reacções e expectativas dos familiares dos familiares de doentes com o primeiro internamento em psiquiatria.

A autora pretende realizar um estudo que classifica como descritivo e exploratório, numa abordagem mista (quanti e qualitativa).

A amostra para o estudo será constituída por familiares que acompanham os doentes no primeiro internamento e os dados colhidos por entrevista, usando um questionários e duas escalas já validadas por outros autores.

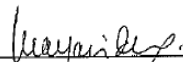
Não são identificados riscos para os sujeitos para além do dispêndio de tempo da colheita de dados.

É garantida a confidencialidade dos dados em todo o processo. O projeto inclui informação a fornecer e modelo de consentimento.

**Parecer**

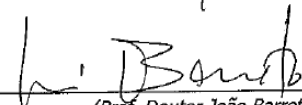
O estudo não apresenta qualquer risco nem para os sujeitos envolvidos e é garantido o consentimento informado e a confidencialidade dos dados, pelo que o nosso parecer é positivo.

O relator: \_\_\_\_\_

  
(Margarida Vieira)

Data: 05/02/2014

O Presidente da Comissão de Ética: \_\_\_\_\_

  
(Prof. Doutor João Barreto)

*(aprovado em Reunião do CES de  
5-fev-2014)*



hospital de  
magalhães lemos



E.P.E.

Associação para



The Health Country Service

SERVIÇO DE FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO  
Formulário de Pedido de Autorização  
para  
Realização do Projecto

Exmº. Senhor  
Director do Departamento/Serviço/Unidade

de Internamento  
do Hospital de Magalhães Lemos, EPE

Carla Sofia Andrade Loureiro vem por este meio  
(nome do candidato)

solicitar autorização para realizar um trabalho de investigação no Departamento / Serviço / Unidade  
de Internamento, proposta que obteve já um parecer favorável do  
Conselho de Administração deste Hospital (anexa-se fotocópia do documento de autorização).

O trabalho proposto subordina-se ao tema "Primeiro contacto com o internamento  
em psiquiatria: reacções e expectativas da família!"  
e deverá previsivelmente desenvolver-se entre Junho / 2014 e Julho / 2014.  
mês ano mês ano

Pede deferimento.

Porto, 27 de Fevereiro de 2014

O Investigador

Carla Loureiro

## **ANEXO II**

### **Questionário Sociodemográfico e Clínico**



Código (I.D)	
Data	

*“Primeiro contacto com internamento de Psiquiatria:  
reacções e expectativas da família!”*

O presente questionário é anónimo, por isso não deve colocar qualquer tipo de identificação, nem assinar nenhuma das folhas. A participação no mesmo é voluntária.

Obrigada pela sua colaboração!

Porto, 2014

### Caracterização Sócio-Demográfica e Clínica

#### *Doente*

1. **Género:** Masculino ☐ Feminino ☐
2. **Idade:** \_\_\_\_\_ (anos)
3. **Nacionalidade:** Portuguesa ☐ Estrangeira ☐ \_\_\_\_\_
4. **Estado Civil:** Solteiro ☐ Casado ☐ União F. ☐ Divorciado ☐ Viúvo ☐
5. **Escolaridade:** Sem Esc. ☐ E. Básico ☐ E.Preparatório (9ºano) ☐  
E.Secundário (12ºano) ☐ E.Superior ☐ \_\_\_\_\_
6. **Profissão:** Activo ☐ Desempregado ☐ Reformado ☐ Estudante ☐ Outro \_\_\_\_\_
7. **Com quem vive:** \_\_\_\_\_
8. **Data admissão:** \_\_\_\_\_
9. **Diagnóstico (CID9):** \_\_\_\_\_
10. **Duração Internamento:** Horas \_\_\_\_\_ Dias \_\_\_\_\_
11. **Admitido com acompanhante:** Não ☐ Sim ☐ \_\_\_\_\_ (Parentesco)
12. **Proveniência:** Serviço Urgência ☐ Consulta ☐
13. **Tipo de Internamento:** Voluntário ☐ Compulsivo ☐
14. **Antecedentes acompanhamento psiquiátrico:** Não ☐ Sim ☐  
Se sim, em consulta: Hospital ☐ \_\_\_\_\_ Privada ☐
- 14.1- **Quanto tempo:** Meses 1 a 6 ☐ 6 a 12 ☐  
Anos 1 a 2 ☐ 3 a 5 ☐ 6 ou mais ☐
15. **Terapêutica Psiquiátrica:** Não ☐ Sim ☐ \_\_\_\_\_
16. **Substâncias Aditivas:** Não ☐ Sim ☐  
Tabaco ☐ Álcool ☐ Subs. Ilícitas ☐ \_\_\_\_\_
17. **Patologias Orgânicas:** Não ☐ Sim ☐ \_\_\_\_\_

### **Caracterização Sócio-Demográfica e Clínica**

#### ***Familiar***

1. **Género:** Masculino ☐ Feminino ☐

2. **Idade:** \_\_\_\_\_ (anos)

3. **Nacionalidade:** Portuguesa ☐ Estrangeira ☐ \_\_\_\_\_

4. **Estado Civil:** Solteiro ☐ Casado ☐ União F. ☐ Divorciado ☐ Viúvo ☐

5. **Escolaridade:** Sem Esc. ☐ E. Básico ☐ E.Preparatório (9ºano) ☐  
E.Secundário (12ºano) ☐ E.Superior ☐ \_\_\_\_\_

6. **Profissão:** Activo ☐ Desempregado ☐ Reformado ☐ Estudante ☐ Outro \_\_\_\_\_

7. **Agregado Familiar** \_\_\_\_\_ (Nº Pessoas)

#### **8. Situação actual**

8.1- Existe algum elemento da família que seja acompanhado por algum problema de saúde mental ou psiquiátrico? Não ☐ Sim ☐ \_\_\_\_\_

8.2- Conhece os motivos que encaminharam o seu familiar ao internamento?

Não ☐ Sim ☐

8.3- Percebeu alguma mudança no comportamento do seu familiar? Não ☐ Sim ☐

Meses: até 1 ☐ 1 a 6 ☐ 6 a 12 ☐ Anos: até 1 ☐ 1 a 6 ☐ 6 ou mais ☐

8.4- Consegue descrever o tipo de alteração? Não ☐ Sim ☐ \_\_\_\_\_

Discurso ☐ Comportamento ☐ Atitudes ☐ Agressividade ☐ (auto ☐ hetero ☐)

Tentativa Suicídio ☐ Isolamento ☐ Outros ☐ \_\_\_\_\_

8.5- Estas mudanças de comportamento interferiram no ambiente/dinâmica familiar?

Não ☐ Sim ☐

### Caracterização Sócio-Demográfica e Clínica

**8.6-** Tem conhecimento se o seu familiar tem algum comportamento aditivo?

Não ☐ Sim ☐ Tabaco ☐ Álcool ☐ Subs. Ilícitas ☐ \_\_\_\_\_

**8.7-** Ocorreu algum acontecimento/situação stressante recente (última semana/mês) com o seu familiar, que o levasse a ponderar a necessidade de internamento?

Não ☐ Sim ☐ \_\_\_\_\_

**8.8-** Tem algum conhecimento sobre doenças mentais e psiquiátricas?

Não ☐ Sim ☐ \_\_\_\_\_

**8.9-** Quando o informaram da necessidade do seu familiar ser internado num hospital psiquiátrico concordou? Não ☐ Sim ☐

**8.10-** Considera que o momento da admissão do seu familiar no Serviço de Intervenção Intensiva deste hospital, foi um acontecimento stressante para si? Não ☐ Sim ☐

**8.11-** Conhece descrever o tipo de reacções e/ou sensações que teve nesse momento?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medo ☐ Confusão ☐ Mal-estar ☐ Culpa ☐ Choro ☐ Vergonha ☐

Tristeza ☐ Impotência ☐ Raiva ☐ Alívio ☐ Desconfiança ☐ Oscilação Humor ☐

Palpitações ☐ Sudação ☐ Alt. G.I. ☐ Tremores ☐ Hiperventilação ☐ Outras ☐  
(Exemplos das referenciadas no quadro teórico)

**8.12-** Antes da admissão neste hospital, em quantas instituições já tinha sido atendido? \_\_\_\_\_

Centro Saúde ☐ Consulta Privada ☐ Consulta Hospital ☐

Serviço Urgência ☐ \_\_\_\_\_ Internamento hospital geral ☐ \_\_\_\_\_

### Caracterização Sócio-Demográfica e Clínica

9. No momento da admissão do seu familiar no Serviço de Intervenção Intensiva deste hospital, e <u>apenas</u> relativamente aos <u>Profissionais de Enfermagem</u> :					
	Sim	Não	N/A		
✓ Demonstraram paciência no acolhimento ao seu familiar?					
✓ Demonstraram paciência no acolhimento aos acompanhantes do seu familiar?					
✓ Explicaram com clareza as informações relativas ao internamento?					
✓ As informações disponibilizadas foram transmitidas de forma compreensível?					
✓ Disponibilizaram-se para esclarecer quaisquer dúvidas?					
✓ Foi disponibilizada informação escrita relativamente ao internamento?					
✓ Preocuparam-se em preservar a privacidade do seu familiar e acompanhantes?					
✓ Os Profissionais de Enfermagem apresentaram-se?					
✓ Atenderam/acolheram com profissionalismo?					
✓ Colocaram algumas questões relativas ao estado de saúde e/ou cuidados diários ao seu familiar?					
✓ Após a intervenção da equipa de enfermagem sentiu-se melhor?					
✓ Acha que o seu estado de ansiedade e preocupação diminuíram após falar com os enfermeiros, naquele momento?					
✓ Esperava/pretendia outro tipo de interacção/atendimento, diferente da que lhe foi disponibilizada?					
Se sim, qual?					
✓ Na sua opinião o atendimento/acolhimento necessita de ser melhorado?					
Se sim, como?					
<b>10. Na sua opinião:</b>					
	Sem opinião	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Como avalia o atendimento/acolhimento dos profissionais de enfermagem no momento da admissão?					
Como avalia a forma como foi atendido/recebido no Serviço de Intervenção Intensiva deste hospital?					
Comentários:					

**BSI**

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:</b>	<b>Nunca</b>	<b>Poucas vezes</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Muitíssima vezes</b>
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK

(BAI - Beck e al., 1988)

(Tradução e adaptação de J. Pinto Gouveia e Lígia M. Fonseca, 1995)

Nome.....Idade.....Habilitações.....Data.../.../....

Instruções: Em baixo encontra-se uma lista de sintomas que são frequentes na ansiedade. Por favor, leia cada item cuidadosamente. Indique quantas vezes experienciou cada sintoma durante a semana passada, incluindo hoje colocando um círculo no número que melhor lhe correspondente.

	Nunca	Ocasional- mente	Frequente- mente	Quase Sempre
1. Adormecimento ou formigueiro	0	1	2	3
2. Sentir calor	0	1	2	3
3. Tremor nas pernas	0	1	2	3
4. Incapacidade de se descontraír ou relaxar	0	1	2	3
5. Medo ou receio que possa acontecer o pior	0	1	2	3
6. Vertigens ou tonturas	0	1	2	3
7. Taquicardia (coração a bater depressa demais)	0	1	2	3
8. Sentir-se Instável ou inconstante	0	1	2	3
9. Sentir-se Aterrorizado	0	1	2	3
10. Sentir-se Nervoso	0	1	2	3
11. Sentir-se sufocado	0	1	2	3
12. Tremor nas mãos	0	1	2	3
13. Sentir-se Inseguro ou trémulo	0	1	2	3
14. Sentir Medo de se descontrolar	0	1	2	3
15. Sentir Dificuldade em respirar	0	1	2	3
16. Medo de morrer	0	1	2	3
17. Sentir-se Assustado	0	1	2	3
18. Indigestão ou desconforto abdominal	0	1	2	3
19. Sentir-se a Desfalecer ou desmaiar	0	1	2	3
20. Sentir a Face corada	0	1	2	3
21. Sudação (não devida ao calor)	0	1	2	3



## **ANEXO III**

### **Consentimento de Autorização da Utilização do Inventário Breve de Sintomas**

## Pedido de autorização para utilização da Escala BSI-18

Entrada x



carla loureiro

23 de jan ☆

Boa tarde Dr<sup>a</sup>. Cristina Canavarro! O meu nome é Carla Loureiro, sou aluna do ...



Cristina Canavarro <mccanavarro@fpce.uc.pt>

23 de jan ★



para mim ▾

Cara Dra. Carla Loureiro,

Está autorizada a utilizar a versão portuguesa do BSI, da qual sou autora e que envio em anexo.

Para conhecer dados relativos a procedimentos de passagem e cotação, bem como informações sobre as características psicométricas do instrumento, deve consultar bibliografia indicada na nossa página web <http://www.fpce.uc.pt/saude/bsi.htm>. Em anexo, envio também capítulo de livro, que se encontra esgotado.

Com os melhores cumprimentos,

MCristina Canavarro

.....

Maria Cristina Canavarro

Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Centro Hospitalar Universitário de Coimbra-EPE, Unidade de Intervenção Psicológica (UnIP) da Maternidade Daniel de Matos

[mccanavarro@fpce.uc.pt](mailto:mccanavarro@fpce.uc.pt)

<http://www.gaius.fpce.uc.pt/saude/index.htm>

## **ANEXO IV**

### **Consentimento livre e esclarecido para estudos de investigação/Ensaio clínicos**



Nome: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

Centro de Saúde: \_\_\_\_\_

Número do Processo Clínico: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO / ENSAIOS CLÍNICOS

Por favor leia com atenção todas as informações constantes neste documento. Não hesite em solicitar mais informações ao Investigador se não estiver completamente esclarecido. Verifique se todas as informações estão correctas e, então, assinale com X a quadrícula respectiva e assine este documento. Tenha em consideração que o consentimento pode a todo o tempo ser revogado.

#### ÂMBITO DA INVESTIGAÇÃO:

\_\_\_\_\_

#### A preencher pelo Investigador (assinale com X a quadrícula respectiva e assine este documento)

Confirmando que expliquei ao doente ☐ aos familiares ☐ ou ao seu representante legal ☐ de forma adequada e inteligível a natureza e finalidade da investigação referida, e que da sua realização não decorre qualquer risco ou complicação nem qualquer benefício pessoal adicional, mas apenas o benefício geral que advém de novos conhecimentos adquiridos sobre a sua doença.

#### Observações complementares:

Nome do Investigador	Assinatura	Cédula Prof. / B.I.	Data
_____	_____	_____	_____

#### A preencher pelo Doente / Familiares / Representante Legal (assinale com X a quadrícula respectiva e assine este documento)

☐ Declaro que percebi e que concordo com o que me foi proposto e explicado pelo Médico/Investigador que assina este documento. Autorizo a utilização e armazenamento de produtos biológicos para estudos de investigação, bem como a utilização, análise e divulgação de dados clínicos registados informaticamente, também para estudos de investigação, tendo em estrita consideração o princípio da confidencialidade. Declaro ainda que recebi fotocópia da presente declaração.

☐ Declaro que não concordo e que não autorizo o que me foi proposto e explicado pelo Investigador que assina este documento.

#### Observações complementares:

Assinatura do Doente	B.I. n.º	Data Emissão	Arquivo	Data Consentimento
_____	_____	_____	_____	_____
Assinatura do Familiar	B.I. n.º	Data Emissão	Arquivo	Data Consentimento
_____	_____	_____	_____	_____
Grau de Parentesco	_____			
Assinatura do Representante Legal	B.I. n.º	Data Emissão	Arquivo	Data Consentimento
_____	_____	_____	_____	_____



Nome: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

Centro de Saúde: \_\_\_\_\_

Número do Processo Clínico: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No caso de não poder ou não saber assinar:

**Impressão Digital do Doente**



Assinatura de Testemunha (1)	B.I. n.º	Data Emissão	Arquivo	Data Consentimento
<div></div>	<div></div>	<div></div>		<div></div>

Assinatura de Testemunha (2)	B.I. n.º	Data Emissão	Arquivo	Data Consentimento
<div></div>	<div></div>	<div></div>		<div></div>